

**„Aspekte der gynäkologischen Betreuung und Versorgung  
von türkischen Migrantinnen in Deutschland“**

Habilitationsschrift  
zur Erlangung der Lehrbefähigung  
für das Fach

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät Charité  
der Humboldt-Universität zu Berlin

von

Herrn Dr. Matthias David

geboren am 16. Juni 1961 in Neuruppin

Präsident: Prof. Dr. rer. nat. J. Mlynek

Dekan: Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen

eingereicht am: 14. März 2001

habilitiert am: 2. Oktober 2001

Gutachter: 1. Prof. Dr. Dr. M. Neises

2. Prof. Dr. M. Stauber

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>6</b>
<b>2 Vorbemerkungen</b>	
<b>2.1 Zur Geschichte der Zuwanderung aus der Türkei seit 1960</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Migration – theoretische Aspekte</b>	<b>19</b>
2.2.1 Definition Migration	19
2.2.2 Dimensionen der Migration	19
2.2.3 Migrationsphasen	20
2.2.4 Migrationsformen	20
2.2.5 Ursachen der Migration	21
2.2.6 Migrationsgeneration	22
2.2.7 Akkomodation, Akkulturation, Assimilation	23
2.2.8 Integration und Segregation	24
2.2.9 Kultur und Kulturschock	24
2.2.10 Ethnie	25
2.2.11 Ethnozentrismus	25
<b>2.3 Migrationsforschung: Defizite und Probleme</b>	<b>26</b>
2.3.1 Forschungsdefizite	26
2.3.2 Methodische Probleme	27
<b>3 Fragestellungen zur Analyse der Versorgungssituation türkisch-stämmiger im Vergleich zu deutschen Patientinnen</b>	<b>30</b>
<b>4 Untersuchungskollektiv und Methodik</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Untersuchungsort</b>	<b>32</b>
<b>4.2 Migrantinnenanteil</b>	<b>33</b>
<b>4.3 Untersuchungskollektiv</b>	<b>36</b>
<b>4.4 Studiendesign</b>	<b>37</b>
<b>4.5 Fragebögen</b>	<b>38</b>
<b>4.6 Pretest der Fragebögen</b>	<b>39</b>
<b>4.7 Qualitative Pilotstudie</b>	<b>40</b>
4.7.1 Modifizierung des Studiendesigns	42
4.7.2 Modifizierung der Fragebögen	42
4.7.3 Entwicklung neuer Fragebögen	43
<b>4.8 Statistische Datenauswertung</b>	<b>43</b>
<b>4.9 Einverständniserklärung und Datenschutz, Ethikvotum</b>	<b>44</b>
<b>4.10 Definition des türkischen Patientinnenkollektivs</b>	<b>44</b>
<b>4.11 Analphabetismus, Sprachkompetenz und -präferenz</b>	<b>45</b>
<b>4.12 Erhebungszeitraum und Stichprobengröße</b>	<b>45</b>

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>5 Ergebnisse und Diskussion</b>	<b>46</b>
<b>5.1 Fragebogenrücklauf</b>	<b>46</b>
<b>5.2 Stichprobenbeschreibung</b>	<b>47</b>
5.2.1 Altersstruktur	47
5.2.2 Bildungsniveau	48
5.2.3 Erwerbstätigkeit / berufliche Situation	51
5.2.4 Wohnsituation	53
5.2.5 Familienstand	54
5.2.6 Mutterschaft / Kinderzahl	56
5.2.7 Religionszugehörigkeit / Bedeutung der Religion	57
5.2.8 Krankenversicherung	58
<b>5.3 Diagnosegruppen</b>	<b>60</b>
5.3.1 Schweregrad der Erkrankung	60
5.3.2 Art der Erkrankung	64
<b>5.4 Subjektives Wohlbefinden</b>	<b>65</b>
5.4.1 Zufriedenheitsbewertung in den Studienkollektiven	65
5.4.2 Vergleich der Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) mit den Zufriedenheitswerten der befragten Patientinnen	67
5.4.3 Einflußfaktoren auf die Lebenszufriedenheit der Patientinnen	69
<b>5.5 Migrationsspezifische Aspekte im türkischen Patientinnenkollektiv</b>	<b>72</b>
5.5.1 Die Heterogenität der ‚Türkin in der Migration‘	72
5.5.2 Akkulturationsgrad und Migrationsstatus	72
5.5.2.1 Akkulturationsgrad	72
5.5.2.2 Migrationsstatus	74
5.5.2.3 Beziehung zwischen Migrationsstatus und Akkulturationsgrad	78
5.5.3 Einreisealter und Aufenthaltsdauer	79
5.5.4 Herkunftsregion	80
5.5.5 Einwanderungsmodus	81
5.5.6 Staatsangehörigkeit der türkischstämmigen Patientinnen	82
5.5.7 Ethnische Selbstidentifizierung	82
5.5.8 Lese- und Schreibfähigkeit	83
5.5.9 Deutsche Sprachkenntnisse	87
5.5.10 Medienpräferenzen	90
<b>5.6 Basiswissen und Informiertheit</b>	<b>92</b>
5.6.1 Problembeschreibung	92
5.6.2 Kommunikation	93
5.6.3 Information und Sprache	95
5.6.4 Patientinnenwissen über Vorsorge, Verhütung, Zyklusgeschehen und Anatomie des weiblichen Körpers	98
5.6.4.1 Methodik	98
5.6.4.2 Ergebnisse und Diskussion	99
5.6.4.2.1 Interesse an Kenntnissen über den eigenen Körper	99
5.6.4.2.2 Informationsquellen	100
5.6.4.2.3 Wissen über Verhütung, Vorsorgemaßnahmen, das Zyklusgeschehen und die Anatomie des weiblichen Körpers	102

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
5.6.4.2.4 Einfluß ethnischer und sozio-demographischer Unterschiede auf die Informiertheit	104
5.6.5 Patientinnenwissen vor und nach ärztlicher Aufklärung	109
5.6.5.1 Rahmenbedingungen der Aufklärung	109
5.6.5.2 Methodik	111
5.6.5.3 Ergebnisse und Diskussion	113
5.6.5.3.1 Prätherapeutisches Patientinnenwissen	113
5.6.5.3.1.1 Kenntnis der Diagnose	113
5.6.5.3.1.2 Kenntnis geplanter Therapiemaßnahmen	115
5.6.5.3.2 Posttherapeutisches Patientinnenwissen	118
5.6.5.3.2.1 Kenntnis der Diagnose	118
5.6.5.3.2.2 Kenntnis durchgeführter Behandlungsmaßnahmen	121
5.6.5.3.3 Veränderungen in den Kenntnissen	124
5.6.5.3.4 Übereinstimmung von Einweisungs- und Entlassungsdiagnose	126
<b>5.7 Die Wechseljahre der Frau - Kenntnisse und Meinungen im Vergleich</b>	128
5.7.1 Einleitung	128
5.7.2 Methodik	130
5.7.3 Ergebnisse und Diskussion	131
5.7.3.1 Vergleich zwischen deutschen und türkischstämmigen Patientinnen	131
5.7.3.2 Unterschiede innerhalb der Gruppe türkischer Migrantinnen	135
<b>5.8 Unterschiede in der subjektiven Krankheitstheorie</b>	138
5.8.1 Definition und Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien	138
5.8.2 Methodik: Der Laientheoriefragebogen nach Bischoff / Zenz	142
5.8.3 Untersuchungsergebnisse und Diskussion	145
5.8.3.1 Subjektive Krankheitstheorie der türkischer Migrantinnen	145
5.8.3.2 Krankheitstheorien der deutschen Patientinnengruppe	148
5.8.3.3 Deutsch-türkischer Vergleich	150
5.8.3.4 Breite und Dimension des Krankheitsbildes der Patientinnen	154
5.8.3.5 Zusammenfassung der vertiefenden Interviews mit türkischen und deutschen Patientinnen	155
<b>5.9 Zum Einfluß der Migrationserfahrung auf die psychische Befindlichkeit</b>	157
5.9.1 Problembeschreibung	157
5.9.2 Migration als besondere psychische Situation	158
5.9.3 Methodik: Der Fragebogen SCL-90-R	163
5.9.4 Vergleich der psychometrischen Daten der befragten deutschen und türkischen Frauen	167
5.9.4.1 Gesamtergebnisse – Übersicht	167
5.9.4.2 Schweregrad der Erkrankung als Einflußfaktor	174
5.9.4.3 Ethnisch-kulturelle Faktoren	175
5.9.4.4 Zur Bedeutung von Migrationsstatus und Akkulturationsgrad für die psychische Befindlichkeit der Patientinnen türkischer Herkunft	181
<b>5.10 Besonderheiten bei der ambulanten Versorgung von Migrantinnen</b>	186
5.10.1 Problembeschreibung	186

5.10.2	Unterschiedliche Inanspruchnahme einer gynäkologischen Notfallambulanz durch deutsche Patientinnen und Migrantinnen	187
5.10.2.1	Patientinnenkollektiv und Methodik	187
5.10.2.2	Ergebnisse und Diskussion	188
5.10.2.2.1	Inanspruchnahmehäufigkeit	188
5.10.2.2.2	Nutzungszeiten und Rahmenbedingungen	191
5.10.2.2.3	Anamneseerhebung und -dokumentation	191
5.10.2.2.4	Diagnosespektrum und Therapie	193
5.10.3	Ambulante Versorgung beim niedergelassenen Frauenarzt	197
5.10.3.1	Methodik	197
5.10.3.2	Ergebnisse und Diskussion	198
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b>	207
6.1	Vorbemerkungen	207
6.2	Studiendesign	207
6.3	Ergebnisse	208
<b>7</b>	<b>Schlußfolgerungen</b>	213
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	215
<b>9</b>	<b>Danksagung</b>	228
<b>10</b>	<b>Anhang</b>	229
10.1	Abkürzungsverzeichnis	229
10.2	Eidesstattliche Versicherung	230

## 1 Einleitung

Das gegenwärtige Rentenniveau in Deutschland kann nur durch massive Einwanderung oder durch eine Anhebung des Rentenalters und der -beiträge gehalten werden. Um den notwendigen Bestand der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren zu erhalten, bräuchte Deutschland rund 480.000 Immigranten im Jahr (sog. Ersatzmigration), was 2050 zu einem Anteil eingewanderter Personen und ihrer Nachkommen von ca. 39% an der Gesamtbevölkerung führen würde. Im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße benötigen Italien und Deutschland die höchste Anzahl von Zuwanderern (UNO-Bericht zum Bevölkerungswachstum, März 2000).

Deutschland ist aber schon jetzt de facto ein Einwanderungsland. Zum 31.12.1999 betrug der Ausländeranteil in der Bevölkerung 9%, d. h., im Bundesgebiet lebten knapp 7,36 Millionen Ausländer, die meisten in den Großstädten und industriellen Ballungsräumen.

Die Zuwanderungsanalyse des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP), mit dem seit 1984 die soziale und wirtschaftliche Lage von Zuwanderern nach (West-) Deutschland untersucht wird, unterscheidet unter den in die Bundesrepublik Eingewanderten folgende große Gruppen: 1. Übersiedler (aus der DDR vor 1990), 2. Ost-West-Umzieher (innerhalb der BRD/ ab 1990), 3. Aussiedler (ehem. Sowjetunion, Rumänien, Polen), 4. Asylbewerber und Flüchtlinge, 5. Zuwanderer aus den klassischen Anwerbeländern incl. Familiennachzug (Spanien, Türkei, Italien, Griechenland, ehem. Jugoslawien), 6. Kriegsflüchtlinge aus dem ehem. Jugoslawien, 7. sonstige Zuwanderer (Frick u. Wagner 1996).

Die meisten, zum Thema ‚Migration und Gesundheit‘ durchgeführten Untersuchungen und auch die in den nachfolgenden Kapiteln dargestellten und diskutierten Studienergebnisse beziehen sich vor allem auf die Gruppe 5, die Arbeitsmigranten aus Mittelmeerländern.

27,9% aller Ausländer in Deutschland haben die türkische Staatsbürgerschaft (Statistisches Bundesamt 2000). In Berlin wohnen derzeit ca. 15% Migranten hauptsächlich in den westlichen Bezirken, darunter 128.705 Nichtdeutsche türkischer Herkunft (Statistisches Landesamt Berlin 2000).

Diese ‚multikulturelle Realität‘ spiegelt sich auch in der Gesundheitsversorgung wider. Je nach Standort und Einzugsgebiet eines Krankenhauses oder einer Praxis ergibt sich ein unterschiedlich großer Migrantenanteil unter den Patientinnen und Pati-

enten\* und macht eine Auseinandersetzung mit den Besonderheiten bei der Beratung und medizinischen Behandlung von Migranten notwendig.

Auftretende Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung von Migranten kann man in drei Hauptkomplexen (nach Csitkovics et al. 1997) zusammenfassen:

1. Probleme bei der sprachlichen Verständigung (Erhebung der Anamnese, Mitteilung der Diagnose sowie Aufklärung vor Operationen und anderen Behandlungsmaßnahmen)
2. andere kulturelle Einstellungen zum Körper, zur Krankheit und zur Pflege (Umgang mit Schmerzen, Krankheitsdarstellung, Lokalisierung von Schmerzen, Darstellung von Beschwerden)
3. Zugehörigkeit der meisten Migranten zur sozialen Unterschicht

Diese Zusammenstellung ergibt sich aus einer Sicht auf den ‚anderen‘ Patienten. Betrachtet man Praxen und Kliniken aber (auch) als Dienstleistungseinrichtungen, die bestmögliche Voraussetzungen für eine Versorgung ihrer ‚Klienten‘ schaffen sollten, kann man auch auf der ‚Versorger-Seite‘, also bei den Praxen und Kliniken, erhebliche Defizite bezüglich der eingewanderten Bevölkerung in Deutschland feststellen (Heinemann 2000):

1. ungenügende Informationen über Dienste und Angebote
2. kultur- und sprachbedingte Barrieren bezüglich der Regelversorgung
3. kulturell und sprachlich bedingte Kommunikationsprobleme (fehlende interkulturelle Kompetenz des Personals)
4. geringe Einbeziehung der multikulturellen und soziodemographischen Entwicklung der Bevölkerung in die Planung im Sozial- und Gesundheitswesen
5. perspektivisch und bisher weitgehend unbeachtet: Entstehung von neuen Versorgungsdefiziten im Bereich Altenhilfe und -pflege

Für personenbezogenen Dienstleistungen gilt im Prinzip, daß die angestrebten Ergebnisse nicht ausschließlich von den beteiligten Experten (Ärzten, Pflegekräften usw.) erarbeitet werden, sondern daß Behandlungserfolge eine aktive Mitarbeit derjenigen voraussetzen, für die die Leistungen erbracht werden. Der Patient ist sozusagen als Ko-Produzent der medizinischer Dienstleistungen anzusehen. Für Effektivität

---

\*Ohne daß damit irgendeine Wertung verbunden sein soll, wird in dieser Arbeit aus Vereinfachungs- und Platzgründen für "Patientin" und "Patient" bzw. "Ärztin"/"Arzt" immer dann die maskuline Form verwendet, wenn nicht ausdrücklich der weibliche Genus gemeint ist.

und Effizienz dieser Leistungen sind die sozialen und persönlichen Voraussetzungen der Patienten oft von ebenso großer Bedeutung wie die Qualifikation und Berufserfahrung der in Anspruch genommenen Ärzte (Weber 1999).

Auch wenn man diese quasi gänzlich ökonomisierte Sicht auf die Arzt-Patienten-Beziehung nicht teilt, macht sie doch z. B. die Wichtigkeit eines informierten und die Notwendigkeit bestimmter medizinischen Maßnahmen verstehenden Migranten deutlich.

Um mit den dargestellten Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung von Migranten im stationären Bereich umzugehen, sind letztendlich zwei Modellösungen möglich:

1. das integrative Modell, d. h. ein interkulturell ausgerichtete Medizin in der ganzen Abteilung bzw. Klinik (spezielle Schulung und Sensibilisierung des gesamten Personals)
2. das Konzentrationsmodell, d. h. Segregation der Migranten auf einer ‚Migrantenstation‘ (Bündelung der Probleme auf einer Station mit entsprechend qualifiziertem Personal; keine andere Medizin sondern anderes Umfeld)

Voit und Kaya-Heinlein (2000) weisen darauf hin, daß es für eine Verbesserung der Versorgung sicherlich richtig und auch im Hinblick auf eine Förderung der Integration wünschenswert ist, in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheitswesens durch strukturelle und personelle Maßnahmen die Bedürfnisse ausländischer Patienten besser zu berücksichtigen und sie zu integrieren. Es gibt aber Bereiche, z. B. die stationäre psychiatrische oder die Sucht-Langzeittherapie, wo es sich als außerordentlich vorteilhaft erwiesen hat, ein soziokulturell spezialisiertes Angebot zu machen.

Unabhängig davon, welches Modell aus pragmatischen Gründen präferiert wird (zumeist wird höchstens in Anfängen ein integrativer Ansatz verwirklicht), ergeben sich bei dem Versuch, Versorgungsdefizite abzubauen, zwei Gefahren: die der Infantilisierung der Migranten, indem sie unmündiger und bedürftiger gemacht werden, als sie tatsächlich sind, und die der Polarisierung durch die Forderung nach speziellen Angeboten für Migranten (deutsche vs. muttersprachliche Fachkräfte) und durch die Betonung kultureller Unterschiede (Tilkeridoy 1997).



Diese Akzentuierung kultureller Differenzen kann wiederum zu drei Fehlschlüssen führen. So werden u.U. kulturelle Regeln und Normen als allgemeingültige Verhaltensdeterminanten betrachtet und Toleranzbereiche für Abweichungen und das mögliche Nichtbefolgen werden ignoriert. Man läuft Gefahr, Individualität und Abweichungen vom ‚kulturellen Prototyp‘ zu vernachlässigen. Außerdem sollten soziale Veränderungen, Entwicklungen und Wertewandel innerhalb der Migrantengruppen beachtet werden (Tilkeridoy 1997).

Während in den 60er und 70er Jahren wissenschaftliche Abhandlungen zur gesundheitlichen Situation von Arbeitsmigranten ihren Schwerpunkt auf seuchenhygienische Gesichtspunkte und die Entwicklungen des Krankenstandes setzten, rückten in den 80er und 90er Jahren zunehmend Fragen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, der Arzt-Patient-Beziehung, von Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitssystem und einzelne Krankheiten wie psychosomatische Erkrankungen bei Migranten in den Mittelpunkt der sozial- / medizinischen Migrationsforschung in den Mittelpunkt.

Neben dem Einfluß der Belastungen auf die psychische Gesundheit der Zuwanderer im Migrationsprozeß, worauf später noch ausführlich eingegangen wird (Kap. 5.9), konnten epidemiologisch ausgerichtete Studien auch besondere somatische Erkrankungsrisiken für Migranten nachweisen. So haben beispielsweise in die USA ausgewanderte Japaner schon in der ersten Generation ein deutlich erhöhtes Risiko, ein Prostata- oder Mammakarzinom zu entwickeln. Die Inzidenz des Mammakarzinoms in Japan beträgt 19,7 pro 100.000 Frauen, in den USA 87 pro 100.000 (weiße) Frauen jährlich (Deutsche Krebsgesellschaft 2000). Im nationalen US-Krebsreport berichten Ries et al. (2000) über die Datenerhebung und Auswertung bei verschiedenen ethnischen Gruppen, die zeigte, daß die Inzidenz und Mortalität der meisten Karzinomarten bei schwarzen Männern und Frauen höher als bei den anderen Bevölkerungsgruppen der USA ist.

In Europa scheint die Brustkrebsinzidenz innerhalb bestimmter Populationen ebenfalls von der ethnischen Herkunft, der Länge des Aufenthaltes im Aufnahmeland und Lebensstil-Faktoren abhängig zu sein. In Großbritannien ist beispielsweise die Rate von Brust-, Uterus- und Ovarial-Karzinomen bei in Italien geborenen Migrantinnen niedriger als bei Frauen der einheimischen Bevölkerung. Daten aus Schottland zei-

gen eine niedrigere Rate von Darmkrebs bei italienischen Migrantinnen aber eine tendenziell erhöhte Rate von Magenkarzinomen. Zeitreihenuntersuchungen geben deutliche Hinweise darauf, daß die Brustkrebsrate unter den Migrantinnen sich der der einheimischen Bevölkerung annähert bzw. beginnt sich graduell anzunähern insbesondere dann, wenn sie früh in ihrem Leben, d. h. bereits als Mädchen oder junge Frau migriert sind (Carballo et al. 1998).

Mitte der 80er Jahre wurde die gesundheitliche Lage der ausländischen Bevölkerung in Deutschland auf der Basis der Todesursachenstatistik, der Statistiken über Verkehrsunfälle, über Rehabilitationsmaßnahmen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungen und über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten analysiert (Weber et al. 1990). Wesentliche Ergebnisse waren u. a. eine erhöhte Totgeburtlichkeit, Früh- und Säuglingssterblichkeit von Kindern mit Eltern ausländischer Staatsangehörigkeit, eine höhere Müttersterblichkeit bei Ausländerinnen im Vergleich zu deutschen Frauen, eine je nach Arbeitsbereich 50-100% größere Häufigkeit von meldepflichtigen Arbeitsunfällen bei ausländischen Arbeitnehmern und eine deutlich höhere Sterblichkeit der deutschen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter auf der Grundlage aller Todesursachen und für einzelne Mortalitätsgründe (z. B. ischämische Herzkrankheit, bösartige Neubildungen der Brust-, Geschlechts- und Atmungsorgane) (zit. nach Prüfer-Krämer u. Krämer 2000).

Letzteres könnte auf das Rückkehrverhalten der Migranten, Unterschiede in der Ernährung und der allgemeinen Lebensweise aber auch auf einen Selektionseffekt zurückzuführen sein (Razum et al. 1998, Krämer et al. 2000). - Um spätere Fehlzeiten durch Krankheiten auszuschließen, wurden die Zuwanderer in den Anwerbeländern vor ihrer Migration nach Deutschland von Ärztekommisionen untersucht. Der ursprüngliche Gesundheitsstatus der ‚Gastarbeiter‘ war damit besser als der der übrigen Bevölkerung der Entsendeländer. Für die bis 1973 von der Bundesrepublik angeworbenen Arbeitsmigranten aus den Mittelmeerländern ist ein überdurchschnittlich guter Gesundheitszustand (sog. healthy-migrant-effect) auch gegenüber der einheimischen deutschen Bevölkerung belegt, wie Unterschiede in den diagnostizierten Krankheitspektren zeigen. Die Auswertung einer Befragung von 5.210 deutschen und 1.558 Migranten aus der Türkei, Griechenland, Jugoslawien, Italien und Spanien hat für chronische Erkrankungen und das Vorliegen einer Behinderung den ‚healthy-migrant-effect‘ bestätigt. Aber im Verlaufe der achtjährigen Beobachtungsperiode

(1984 bis 1992) wurde auch eine starke Verringerung des Effekts deutlich. Dies ist offenbar auf eine stärkere gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. Belastung der Migranten im Alltag zurückzuführen (Lechner u. Mielck 1998).

Die kursorische Zusammenstellung zeigt zum einen, welche Bedeutung die Betreuung und Behandlung von Migranten für die Regelversorgung von Patienten und für die Krankenversicherungsträger hat, und zum anderen, daß es sich bei der Versorgung von Migranten nicht um ein vorübergehendes Problem handelt, sondern daß sich Ärzte und Pflegepersonal in Folge der demographischen Entwicklung auf eine weitere Zunahme dieser Patientenklientel einrichten müssen.

Im übrigen können kulturelle Distanz zwischen Arzt und Patient, sprachliche Kommunikationsbarrieren und Migrationserfahrungen letztendlich vor dem Hintergrund eines kontinuierlichen Spektrums gesehen werden, das von Asylsuchenden und Flüchtlingen über Arbeitsmigranten bis zu Einheimischen unterschiedlicher sozialer Schichten reicht (Blöchliger et al. 1998). Das bedeutet, daß das spezifische Problem der Betreuung von nichtdeutschen Subpopulationen auch allgemeingültigere Aspekte beinhaltet, die für jede Arzt-Patienten-Interaktion gültig sind. Nach Schmacke (2000) kann der Problemkreis ‚Migration und Gesundheit‘ auch als ein Sonderfall des Themas ‚Soziale Lage und Gesundheit‘ gesehen werden. Noch immer ist eine Unterschichtung der Sozialstruktur durch ethnische Minderheiten in Deutschland vorhanden, auch wenn nach Seyfert (1995) anzunehmen ist, daß in der weiteren Generationen-Abfolge diese Unterschiede zwischen Migranten und einheimischer Bevölkerung geringer werden.

Eine ausschließlich kulturalistische, also eine die Kultur (bzw. im weiteren Sinne die ethnische Herkunft) überbetonende Sichtweise auf den Migrationsprozeß und seine Folgen (Probleme und Chancen) ist derzeit sicher falsch. Es wäre jedoch denkbar, in Ergänzung der allgemein anerkannten Evidence based Medicine das Konzept einer Culture based Medicine (frei nach Meyer 2000 u. Resch 2000) an die Seite zu stellen (Tab. 1.1).

Tab. 1.1

Evidence based Medicine (Haisch et al. 1999)	Culture based Medicine
das Bemühen, diagnostisches oder therapeutisches Vorgehen zunehmend auf Verfahren mit nachgewiesener und nachvollziehbarer Wirksamkeit zu konzentrieren	das Bemühen, diagnostisches oder therapeutisches Vorgehen zunehmend a) auf Kulturabhängigkeit hin zu überprüfen b) unter Berücksichtigung der Kulturabhängigkeit gesundheits- und krankheitsbezogenen Verhaltens und Erlebens zu modifizieren

Mit den nachfolgend dargestellten Untersuchungsergebnissen soll zu einer rationalen, ideologiefreien und datenbasierten Diskussion im Zusammenhang mit der Versorgung von Migrantinnen in der Gynäkologie beigetragen werden.

Es werden Aspekte der ambulanten Versorgung (Inanspruchnahme einer gynäkologischen Notfallambulanz, Betreuung beim niedergelassenen Gynäkologen) behandelt. Der Schwerpunkt liegt jedoch auf einer vergleichenden Analyse der subjektiven Krankheitstheorie, der psychischen Befindlichkeit, des Basiswissens über den weiblichen Körper und der Informiertheit vor und nach ärztlicher Aufklärung von deutschen und türkischstämmigen Patientinnen einer Frauenklinik.

## **2 Vorbemerkungen**

### **2.1 Zur Geschichte der Zuwanderung aus der Türkei seit 1960**

Einwanderung im großen Maßstab begann in Europa in den 50er und 60er Jahren im Zuge der Arbeiterrekrutierungsprogramme. Ziel war die Unterstützung des Wiederaufbaus und der Wirtschaftsentwicklung nach dem II. Weltkrieg mit dringend benötigten Arbeitskräften. Die Anwerbung hielt bis in die Mitte der 70er Jahre an. Eine kontinuierliche Zuwanderung von Migranten blieb aber auch danach – hauptsächlich als Teil von Familienzusammenführungen – bestehen. Die sog. Gastarbeiter kamen zunächst aus Italien, Spanien, Portugal und Griechenland nach Deutschland. Archivunterlagen zeigen übrigens, daß die Initiative zu den Anwerbeabkommen zumeist von den ‚Entsendeländern‘ ausging (Motte et al. 1999).

Am 30. Oktober 1961 wurde zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Türkei über die Anwerbung türkischer Arbeitskräfte eine Vereinbarung getroffen. Künftig sollten sich auch türkische Arbeitnehmer zentral über die Deutsche Verbindungsstelle in Istanbul vermitteln lassen oder individuell einen Arbeitsplatz suchen und eine Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis beantragen können. Für die Türkei war die Entsendung von Arbeitskräften zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit im Lande wichtig. Außerdem erhoffte man sich positive Auswirkungen auf die Devisenlage des Landes (Tufan 1998).

Am 30.9.1964 trat eine Neufassung der o. g. ersten deutsch-türkischen Vereinbarung in Kraft. Die Aufenthaltsbeschränkung auf zwei Jahre entfiel ersatzlos. Der Familiennachzug wurde nicht mehr de jure, sondern (nur noch) de facto – durch die großen Ermessensspielräume der deutschen Verwaltung im Einzelfall – verhindert bzw. sollte verhindert werden (Motte et al. 1999).

Es wanderten meist junge (zwischen 25 und 39 Jahre) und gesunde Arbeitskräfte aus. Immerhin ein Drittel waren Facharbeiter. Untersuchungen haben gezeigt, daß es sich in den Anfangsjahren meist um die ‚Verlängerung‘ einer Binnenmigration handelte, d. h. die Migranten waren erst in der Türkei von einem ländlichen Gebiet in eine Großstadt gezogen, ehe sie dann nach Deutschland auswanderten. Erst ab 1970 wuchs der Anteil von Migranten, die direkt aus anatolischen Gebieten in die Bundesrepublik einwanderten. In Befragungen wurden zumeist ökonomische Gründe als Migrationsmotiv angegeben (Tufan 1998).

Seit dem Oktober 1961 ist die Zahl der türkischstämmigen Migranten in Deutschland kontinuierlich angestiegen. 1960 waren 2.700 türkische Migranten in Deutschland registriert gewesen, Ende 1961 arbeiteten bereits 7.000 Türken in der Bundesrepublik, 1965 132.800 und 1971 lag die Zahl bereits deutlich über einer halben Million (Tab. 2.1.1) (Sen 1998). In den ersten elf Jahren nach dem Deutsch-Türkischen Anwerbeabkommen wanderten 654.465 Türkinnen und Türken aus, davon 83% in die Bundesrepublik (Tufan 1998).

Tab. 2.1.1

Jahr	türkische Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland
1960	2.700
1965	132.800
1970	469.200
1975	1.077.100
1980	1.462.400
1985	1.400.400
1990	1.694.649
1995	2.014.311
2000*	2.134.400

\*Stand zum 31.12.1999

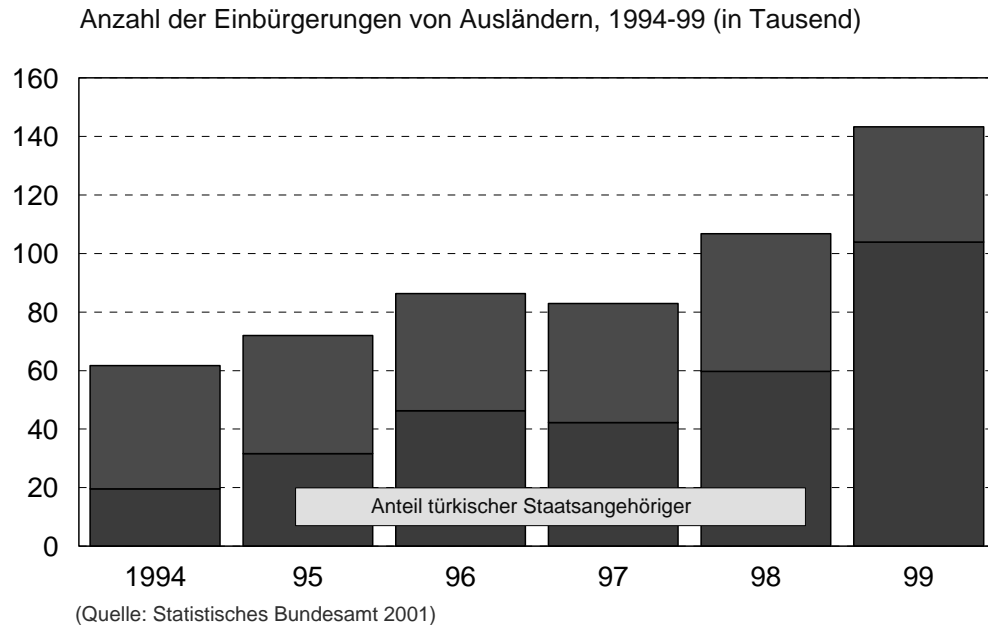
(Angaben nach: Sen u. Goldberg 1994, Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 1999, Statistisches Bundesamt 2000)

Mit dem durch die Ölkrise bedingten Konjunkturerinbruch im Herbst 1973 endete die Anwerbung von Arbeitskräften aus dem Mittelmeerraum. Bis dahin dominierte bei den deutschen Regierungsstellen die Vorstellung eines ausschließlich zeitlich begrenzten Arbeitsaufenthalts für die Migranten und Migrantinnen. Obwohl die Rückwanderungsquote relativ hoch war, wiesen bereits ab Mitte der 70er Jahre deutliche Zeichen auf einen klassischen Einwanderungsprozeß hin, d. h. auf ein längeres Verbleiben und Seßhaftwerden der türkischen Arbeitsmigranten im Aufnahmeland (Motte et al. 1999).

Schließlich hatten Ende 1998 765.000 der in Deutschland lebenden Türken mindestens eine befristete sowie 610.000 eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis und nur

500.000 eine Aufenthaltsberechtigung (23,7%). 1997 wurden 39.111 Türken (z. T. unter Hinnahme einer Mehrstaatigkeit) eingebürgert (Abb. 2.1.1).

Abb. 2.1.1



Die Aufenthaltsdauer der Angehörigen der türkischstämmigen Bevölkerung in Deutschland steigt seit Anfang der 80er Jahre permanent an. Ende 1997 lebten ca. 62% der türkischen Migranten 10 Jahre oder länger in der Bundesrepublik, viele wurden hier geboren (Ausländerbeauftragte der Bundesregierung 1999). Die Einwanderer der ersten Generation, die ab Mitte der 70er Jahre Frauen bzw. ihre Familien nach Deutschland geholt haben, wurden zur Elterngeneration.

Man kann die Entwicklung der türkischen Arbeitsmigration in die Bundesrepublik Deutschland in drei Phasen einteilen (Özcan 1995, Otman 1998):

Tab. 2.1.2

	Zeitraum	„politisch korrekter“ Begriff
Phase Arbeitskräfteanwerbung und Migration	Anfang der 60er Jahre bis zum Anwerbestop im No- vember 1973	Gastarbeiter
Phase Familienzusammenführung	1974 bis Mitte der 80er Jahre	ausländischer Ar- beitnehmer
Phase endgültige Niederlassung	ab Ende der 80er Jahre	(Arbeits-) Migrant

Im Laufe des Migrationsprozesses war in verschiedenen Bereichen ein großer Wandel innerhalb der türkischen Minderheit festzustellen.

Die große Mehrheit der ersten türkischen Migrantengeneration in Deutschland stammt ursprünglich aus ländlichen, nicht industrialisierten Gebieten der Türkei, in welchem islamisch-patriarchiale Gesellschaftsnormen und Werte vorherrschen. Sie kamen in den 60er Jahren nach Deutschland, um den Lebensunterhalt der Familie zu sichern, ihre wirtschaftliche Situation positiv zu verändern und dadurch einen sozialen Aufstieg zu erreichen. In Deutschland mußten sie sich mit völlig neuen Gesellschaftsstrukturen und -normen auseinandersetzen.

Durch den langjährigen Aufenthalt in der Bundesrepublik konnten sie in der Regel ihre finanzielle Lage im Vergleich zur Situation im Herkunftsland erheblich verbessern. Es ergaben sich jedoch durch die lange Abwesenheit häufig neue Probleme: in ihrer Heimat gelten sie nicht mehr als ‚richtige‘ Einheimische, in Deutschland wiederum sind sie – trotz langjähriger Aufenthaltsdauer – Ausländer geblieben. Die Kinder und Enkel der türkischen ‚Gastarbeiter‘, die Migranten der sog. zweiten und dritten Generation, sind meist in Deutschland aufgewachsen, wurden aber teilweise nach den strengen, in der Türkei der 60er Jahre üblichen Normen erzogen. Die nach Deutschland ausgewanderten türkischstämmigen Familien halten häufig an den tradierten Vorstellungen fest, sowohl was die familiäre Situation als auch die allgemeine Lebensführung und die Verbundenheit zum Islam betrifft.

In vielen Familien gibt es besondere Vermischungen der Migrationsgenerationen, weil durch Heirat junge türkische Frauen (oder Männer) nachgezogen werden (sog. erweiterte zweite Generation), die in der Türkei aufgewachsen sind. Insbesondere in ländlichen Regionen, aber zum Teil auch in den türkischen Städten, werden auch heute noch Ehen auf Wunsch der Eltern vermittelt. Bei einer aktuellen Umfrage des Piar-Gallup-Instituts in der Türkei gaben 61% der befragten 1.600 über 18jährigen Tüorkinnen an, daß ihre Ehe vermittelt worden sei, 20%, daß sie mit ihrem Mann verwandt seien (Hürriyet, Europa-Ausgabe, 4.3.2000).

1996 waren von den insgesamt etwa 29.000 Eheschließungen türkischer Staatsangehöriger in der Deutschland schätzungsweise 60% mit einer Migration verbunden. Diese sog. ‚Ehegattennachzüge‘ aus der Türkei zu ausländischen Personen in



Deutschland‘ umfaßten 17.626 Personen. Offenbar fördern die Größe der türkischen Bevölkerung in Deutschland, ihre räumliche Konzentration, ihre sozio-ökonomische Segregation sowie starke Traditionen die Eheschließung mit einem Partner innerhalb der eigenen ethnischen Gruppe und führen zu dem überwiegend endogamen Heiratsverhalten der türkischen Bevölkerung in Deutschland (Straßburger 1999). Andere Autoren vermuten auch in dem Männerüberschuß in der zweiten Generation die Ursache für die verstärkte Neigung zur innerethnischen Heirat mit einer Partnerin aus der Türkei (Sachverständigenkommission 2000).

Im übrigen hatte es auch Mitte der 70er Jahre nach dem Anwerbestop bereits eine Phase des Frauennachzuges aus der Türkei gegeben.

Die meisten Pionierwanderer, die aus der Türkei nach Deutschland migrierten, waren Männer. Sie waren zumeist verheiratet und hatten Kinder, ließen aber ihre Familien in der Türkei zurück, was zu einer vorübergehenden Spaltung der Familie und zu einer Sondersituation für die in der Türkei verbleibende ‚Restfamilie‘ führte.

Boos-Nünning (1998) kritisiert allerdings zu Recht, daß die (türkische) Arbeitskräftewanderung ausschließlich als Wanderung von Männern verstanden wird und bemängelt die häufig einseitig männlich-geschlechtsspezifische Sicht der Migrationsforschung. Frauen waren demnach nicht nur als Familienangehörige direkt von den Folgen der Migration betroffen, sondern entschlossen sich auch selbständig zur Wanderung. Zu Beginn der türkischen Migration war der Frauenanteil zwar gering. Während der Hauptphase der Anwerbung in den späten 60er Jahren reisten jedoch auch über ein Drittel aller Arbeitsmigrantinnen aus den Anwerbeländern ohne Ehemann in die Bundesrepublik ein. Zwischen 1960 und 1973 versechzehnfachte sich die Zahl der ausländischen Arbeitnehmerinnen in der Bundesrepublik von rund 43.000 auf 706.000, ihr Anteil an der Gesamtzahl der ausländischen Arbeitnehmer verdoppelte sich in diesem Zeitraum von 15% auf 30% (Mattes 1999). Den zwischen 1961 und 1976 angeworbenen 678.702 türkischen Männern standen 146.681 Frauen (18%) gegenüber (Sen u. Goldberg 1994).

Fast alle angeworbenen Türkinnen reisten allein in die Bundesrepublik ein und wohnten zunächst in betriebseigenen Sammelunterkünften. Diese sog. Pionierwanderinnen, die Ende der 60er / Anfang der 70er Jahre ohne männliche Begleitung nach Deutschland kamen, hatten oft eine schulische und berufliche Ausbildung und waren bereits in der Türkei erwerbstätig gewesen.

Diese Gruppe gerät jedoch neben der Mehrzahl der türkischen Migrantinnen meist in Vergessenheit, die nach 1974 im Rahmen des Familiennachzuges in die Bundesrepublik einreisten und das Bild von der türkischen Migrantin in Deutschland geprägt haben. Sie stammten zumeist aus ländlichen Lebenszusammenhängen, waren familienzentriert, hatten oft weder Schulabschluß noch Berufsausbildung und waren häufig Analphabetinnen. In der Bundesrepublik waren sie aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Wartefrist zunächst Hausfrauen und danach als ungelernte Arbeiterinnen tätig (Birsl et al. 1999).

Auch das ‚Konzept weiblicher Gastarbeit‘, das mit der Anwerbung junger, mobiler und zeitlich flexibler Frauen ohne Familienbindungen (den o. g. Pioniermigrantinnen) verfolgt worden war, hatte Ende der 60er Jahre bereits keinen Bestand mehr, denn die Migrantinnen holten ihre Ehemänner bzw. Familien nach oder heirateten, bekamen Kinder, und damit war ihre Mobilität und Flexibilität entscheidend eingeschränkt (Mattes 1999).

In den 80er Jahren waren die Bereiche, in denen Migrantinnen der 1. Generation hauptsächlich beschäftigt waren (z. B. Elektroindustrie), überproportional von der wirtschaftlichen Strukturkrise betroffen, was zu einer großen Zahl von Entlassungen führte.

Ausländische Frauen stellten Mitte der 90er Jahre etwa 35% der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ausländer. Nach einer Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung ist die Mehrzahl der Frauen mit Kindern der ersten Migrationsgeneration neben Familie und Hausarbeit berufstätig. Etwa 60% sind als un- oder angelernte Arbeiterinnen beschäftigt, türkische Frauen mit Kindern sogar zu 73% (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 1997).

Nach Seyfert (1995) kommt es bereits zu einer allmählichen Anpassung der Struktur der türkischen Erwerbstätigen an den Durchschnitt der ausländischen Beschäftigten, insbesondere auf Grund der deutlich besseren Schul- und Berufsausbildung der jungen Frauen der 2. Migratinnengeneration. In dem relativ kurzen untersuchten Zeitraum 1989-1993 ging die Dominanz der Arbeiterberufe zugunsten von mittleren und höheren Angestelltenpositionen etwas zurück. Im Vergleich zu deutschen Frauen, von denen mehr als die Hälfte mittlere und höhere Angestelltenberufe ausüben, ist dieser Anteil bei ausländischen Frauen jedoch immer noch sehr niedrig.

## **2.2 Migration – theoretische Aspekte**

Um die nachfolgend im Ergebnis- und Diskussionsteil der Arbeit dargestellten Überlegungen einordnen zu können, sind klare Definitionen von Begriffen wie Migration, Migrationsphasen, -ursachen usw. nötig. Die begriffliche Festlegung erfolgt auf der Basis verschiedener migrationstheoretischer und soziologischer Veröffentlichungen.

### **2.2.1 Definition Migration**

Der Begriff der Migration stammt von dem lateinischen Wort *migrare* bzw. *migratio* (wandern, wegziehen, Wanderung) ab. Er hat sich in den letzten Jahren, beeinflusst durch das weltweit verwendete englische Wort ‚migration‘, zumindest in der sozialwissenschaftlich geprägten Fach-, z. T. aber auch in der (‚politisch korrekten‘) deutschen Alltagssprache eingebürgert.

Migration umfaßt eine räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes im Sinne eines dauerhaften Wohnortwechsels von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung. Wanderung über die Grenzen eines Nationalstaates hinweg ist dabei kennzeichnend für die internationale Migration in Abgrenzung zur Binnenmigration (Migrationsarten). Migration beinhaltet nicht nur Zu-, sondern auch Abwanderung (Lederer et al. 1999, Hahn 2000).

### **2.2.2 Dimensionen der Migration**

Hahn (2000) unterscheidet vier Dimensionen, die einen Einfluß auf den Migrationsprozeß haben:

- motivationale Dimension (Beweggründe für die Zuwanderung)
- räumliche Dimension (geographische Distanz – mit der zunehmenden Entfernung steigende Fremdheit der Kultur, Sprache, Gewohnheiten usw.)
- zeitliche Dimension (dauerhafte bzw. mehr oder weniger vorübergehende Zuwanderung)
- soziokulturelle Dimension (gesamtes neues Lebensumfeld)

### **2.2.3 Migrationsphasen**

Hahn (2000) differenziert zum einen grob in zwei Migrationsphasen, nämlich die ‚äußere physische Migration‘ und die danach beginnende wesentlich zeitintensivere und schwierigere ‚innere psychosoziale Migration‘.

Andererseits kann man die Migration auch in eine Vorbereitungsphase und in die Phase der eigentlichen Zuwanderung unterteilen. Die Phasen des individuellen Entscheidungsprozesses in Vorbereitung einer Migration sind von Hahn (2000) in idealtypischer Weise so zusammengefaßt worden:

1. Phase: subjektive Wahrnehmung belastender gesellschaftlicher Umstände durch die potentiellen Migranten.
2. Phase: Prozeßhafte Motivbildung zur Migration, in der nach und nach die gedankliche Auseinandersetzung, die Migration für sich als realistische und sinnvolle Problemlösung zur Verbesserung der unbefriedigenden Lebenssituation zu betrachten, erfolgt.
3. Phase: Einholen und Auswerten von Informationen, die die potentiellen Migranten für die Auswahlentscheidung ihres Zielortes benötigen.
4. Phase: Innere und mentale Bereitschaft, alle Risiken, die mit der Migration verbunden sind, auf sich zu nehmen und den Schritt in die Fremde zu wagen.

### **2.2.4 Migrationsformen**

Insbesondere im Zusammenhang mit der Arbeitsmigration kann man die Formen Pioniermigration, Familienzusammenführung (Nachzug von Ehegatten und minderjährigen Kindern der Pioniermigranten) und Kettenmigration unterscheiden. Eine neuere Form ist die Heiratsmigration.

Leyer (1991) beschreibt drei spezifische weibliche Formen der Migration, nämlich die nachfolgende Migration, die begleitende Migration und die autonome Migration, wobei die beiden ersten Formen bei den türkischen Migrantinnen überwiegen. D. h., die Frauen müssen selten die eigene Entscheidungen zur Migration vor sich selbst und anderen rechtfertigen, während die Männer mit fortschreitendem Alter ihre Entscheidung, in die Fremde zu gehen, und die damit verbundenen Ziele mit dem tatsächlichen Migrationserfolg vergleichen und eine Bilanz ihres Lebens ziehen müssen (Leyer 1991).

Haug und Pichler (1999) gehen auf den Einfluß von sozialen Netzwerken besonders von Verwandtschaftsbeziehungen auf den Migrationsprozeß ein. Die wichtigsten Effekte solcher sozialen Netzwerke lassen sich mit drei Hypothesen umschreiben:

- a) die Ermutigungshypothese (bezieht sich auf soziale Netzwerke am Herkunftsort, in dem einzelne Familienmitglieder zunächst zur Arbeitsaufnahme ins Ausland geschickt werden, um die Daheimgebliebenen finanziell zu unterstützen)
- b) die Informationshypothese (Entscheidungen zur Migration werden durch gute Erfahrungen von Familienmitgliedern im Ausland gefördert)
- c) die Erleichterungshypothese (Auswahl des Zielortes nach bestehenden Familien- und Freundschaftsbindungen, da Verwandte und Bekannte die Migration und die Aufenthaltssituation auf vielfältige Weise erleichtern können) (Haug u. Pichler 1999)

Soziale Netzwerke am Zielort der Migration können sowohl die Kosten als auch die Risiken reduzieren sowie in ökonomischer und auch sozialer Hinsicht den Migrationserfolg erhöhen. Migrationsnetzwerke können zur Entstehung der o. g. Migrationssketten führen, die dadurch charakterisiert sind, daß die Migranten untereinander vor der Migration enge persönliche Beziehungen hatten und diese das entscheidende Element für die Migration darstellen. Meist geht ein Kettenmigrationsprozeß von einem Pionierwanderer aus, der dann Ehepartner, Kinder, andere Verwandte usw. nachkommen läßt (Haug u. Pichler 1999).

Eine weitere Migrationsform ist die Heiratsmigration. Insbesondere in sehr vielen jungen türkischen Familien gehört ein Partner (zumeist der Mann) der zweiten Migrationsgeneration an und ist in Deutschland geboren und/oder aufgewachsen. Durch die Heirat mit einer Frau aus dem Herkunftsland Türkei entsteht eine neue erste Generation von Migrantinnen.

### **2.2.5 Ursachen der Migration**

Auf einige mögliche Ursachen wurde bereits im Abschnitt ‚Migrationsphasen‘ eingegangen. Von den meisten Autoren favorisiert werden politisch-ökonomische Gründe für eine Auswanderungsentscheidung. Ökonomische Migrationstheorien gehen meist davon aus, daß das Hauptmotiv zur Migration in dem Wunsch besteht, die eigenen wirtschaftlichen Lebensbedingungen, die im Herkunftsland (subjektiv und/oder objektiv) schlecht sind, zu verbessern.

Migration, so Cropley und Lühke (1994), ist aber offenbar immer selektiv, denn auch in den schlimmsten Zeiten bleiben die meisten Menschen in ihrer Heimat und wandern nicht aus.

Neben wirtschaftlichen Gründen muß es also noch andere Faktoren geben, die zu einer Auswanderungsentscheidung führen.

Cropley und Lütke (1994) erklären die Selektivität der Migration vor allem unter Berücksichtigung der Psyche der Einzelpersonen. Sie zitieren verschiedene Versuche, eine Migrantentypologie im Sinne eines ‚mobilitätsorientierten Menschen‘ herauszuarbeiten.

Stellt man ein externes Kausalmodell für die Wanderung (Wanderungsursachen liegen außerhalb der Person) und ein internes Migrationsursachenmodell (Wanderungsmotive liegen (auch) innerhalb der Person) gegenüber, dann ist beim externen Modell die Migration Mittel zum Zweck, während sie beim internen Kausalmodell auch Selbstzweck sein kann.

Die Autoren stellen ein Modell der ‚auswanderungswilligen Persönlichkeit‘ in Anlehnung an Balint (1972) vor und definieren den seßhaften und den auswanderungswilligen Typ, wobei beides Extreme einer Skala darstellen. Eine Querschnittsuntersuchung an 700 Deutschen zur Überprüfung dieser Hypothese erbrachte, daß die Entscheidung zur Auswanderung (hier z. B. nach Australien) eher vom Typ als von ökonomischen, demographischen oder ähnlichen Faktoren abhängt.

Auch psychosanalytisch orientierte Interpretationen des Migrationsvorganges gibt es. Sie interpretieren die Wanderung als Störung des Verhältnisses zwischen Individuum und natürlicher Umgebung, wobei der Weggang als symbolische Auflösung der Spannungen und Konflikte des eigenen Ich gedeutet, d. h. also Migration als ‚Flucht‘ gesehen wird (Frigessi Castelnovo u. Risso 1986).

### **2.2.6 Migrationsgeneration**

In Anlehnung an das Generationen-Sequenzmodell nach Duncan (zit. in Hahn 2000) bzw. die Drei-Generationen-These nach Price (zit. in Frogner 1994) können drei Migrantengenerationen charakterisiert werden:

- Die Mehrheit der 1. Generation der Zuwanderer paßt sich nur im wirtschaftlichen und sozialen Bereich des Aufnahmelandes an und versucht, durch ethnische Gruppenbildungen im Sinne einer Binnenintegration (d. h. Kontakte nur innerhalb der eigenen ethnischen Gruppe) ihre Herkunftskultur zu bewahren, um dadurch ihre psychische Sicherheit und Geborgenheit zu erhalten. Mitverursacht wird diese nur partielle Eingliederung auch durch die zum Zeitpunkt der Migration bereits abgeschlossene Sozialisation. Herkunftsspezifische Bezüge bestimmen das Handeln in der Aufnahmegesellschaft (Hill 1990).

- Die 2. Generation lebt in zwei Kulturen mit gemischten Wertestandards, woraus sich Kulturkonflikte zwischen Heimatkultur (der Eltern) und Aufnahmeland-Kultur ergeben. Zumeist versucht die Elterngeneration in der Familie, die Herkunftskultur zu bewahren, während die Migranten der zweiten Generation sich in Schule und Beruf die Kultur des Aufnahmelandes aneignen bzw. außerhalb der Familie mit dieser konfrontiert sind.
- Die 3. Generation gibt die Herkunftskultur ihrer Eltern auf und assimiliert sich gänzlich in die Kultur des Aufnahmelandes.

Vermischungen der ersten und zweiten Generation entstehen durch die im Abschnitt 2.2.4 bereits erwähnt Heiratsmigration. Die sog. nachgezogenen Ehefrauen stellen eine neue 1. Generation dar. Die Verheiratung dieser meist um die 20 Jahre alten türkischen Frauen erfolgt häufig durch Vermittlung der Eltern. Bei der Einreise haben sie praktisch keine Kultur- und Sprachkenntnisse und sind völlig auf ihren Ehemann (2. Generation) oder die Schwiegereltern („alte“ 1. Generation) angewiesen. Aus dieser Abhängigkeit können sich verschiedene Probleme ergeben.

### **2.2.7 Akkomodation, Akkulturation, Assimilation,**

Als Akkomodation wird das Erlernen von für das tägliche Leben in der Aufnahmegesellschaft grundlegenden Fertigkeiten, wozu insbesondere das Erlernen der Sprache, aber auch das Zurechtfinden in öffentlichen Verkehrsmitteln, am Arbeitsplatz, in den verschiedenen Institutionen und auch der Umgang mit Behörden usw. gehört, verstanden (Sachverständigenkommission 2000). Dieser Prozeß steht am Anfang der migrationsbedingten individuellen Veränderungen des Zuwanderers. Möglicherweise folgt im weiteren die Akkulturation.

Hahn (2000) gibt dafür folgende Begriffsbestimmung: Akkulturation ist ein Prozeß der Angleichung, der im kognitiven Bereich als Lernprozeß stattfindet, in dessen Verlauf Personen oder Gruppen von Personen kulturelle Orientierungsmuster, Eigenschaften und Verhaltensweisen in den institutionalisierten Teilbereichen der Aufnahmegesellschaften übernehmen.

Akkulturation ist demnach ein Prozeß, als dessen Ergebnis Integration, Segregation, Marginalisierung oder auch Assimilation im Sinne der o. g. Definition entstehen können.

Baader (1984) definiert Assimilation als das Aufgehen der Angehörigen von Gastvölkern in der jeweiligen Bevölkerung unter bewußter Aufgabe ihrer (kulturellen, religiösen oder ethnischen) Eigenart bis hin zur Ununterscheidbarkeit von der übrigen Bevölkerung. Akkulturation ist demnach (auch) Assimilation im kulturellen Bereich.

### **2.2.8 Integration und Segregation**

Nach Hansen (1995) sind Integration und Segregation keine Alternativen, sondern zwei Seiten einer Medaille, wobei oft ein bestimmtes Ausmaß von Segregation das Maximum an zugelassener Integration bestimmt.

Unter Segregation versteht man eine Ab- und Ausgrenzung bzw. Abschottung bestimmter Individuen oder gesellschaftlicher Gruppen. Segregation der Migrantenfamilien ist dann gegeben, wenn die jeweilige Herkunftskultur aufrechterhalten oder als Minderheitensubkultur betont und weiterentwickelt wird, ohne daß es zu einer Interaktion mit Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft oder zu einem Austausch zwischen Minderheits- und Mehrheitskultur käme (Sachverständigenkommission 2000). Integration wird definiert als Eingliederung von einzelnen in eine Gruppe, durch Anpassung an Wertvorstellungen und Verhaltensnormen, Zusammenführen verschiedener Gesellschaften zu einer größeren Einheit (Hansen 1995). Integration wird – fälschlicherweise – in der öffentlichen Diskussion inhaltlich häufig mit der Assimilation gleichgesetzt (Sachverständigenkommission 2000).

### **2.2.9 Kultur und Kulturschock**

Kultur ist nach Pfeiffer (1994) ein Komplex überlieferter Erfahrungen, Vorstellungen und Werte sowie von gesellschaftlichen Ordnungen und Verhaltensregeln, mit dem die Menschen ihre Welt interpretieren und wonach sie ihr Handeln ausrichten.

Kultur ist auch die Art, wie die sozialen Beziehungen in einer Gruppe strukturiert und geformt sind und wie diese Formen erfahren, verstanden und interpretiert werden (Clarke 1979 zit. in Hansen 1995).

Kultur fußt zwar auf den naturgegebenen Eigenschaften des Menschen und auf den natürlichen Bedingungen der ihn umgebenden Welt, gleichzeitig wächst er aber in sie hinein, erwirbt und erlebt sie (Pfeiffer 1994).

Medizin ist wie Sprache, Religion oder Sozialstruktur eine kulturelle Leistung, ein System symbolischer Bedeutungen und Vorstellungen, Praktiken und Techniken,



eingebettet in eine Matrix aus Werten, Traditionen, Vorstellungen und Formen ökologischer Anpassung (Landy 1977, Kleinman 1980).

Der Begriff Kulturschock wurde 1958 vom amerikanischen Anthropologen Oberg eingeführt. Er ist durch folgende Merkmale, die eine hochgradige psychische Belastung des Migranten charakterisieren, gekennzeichnet: Angestrenktes Bemühen, die neuen Eindrücke zu verarbeiten; Angst vor der fremden Kultur; das Gefühl, isoliert und verlassen dem Unbekannten hilflos ausgeliefert zu sein; Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität und der eigenen Rollenvorstellungen; die Meinung, von den Einheimischen nicht akzeptiert zu werden (Maletzke 1996).

Der Kulturschock ist kein Dauerphänomen, sondern eine erste Phase der Auseinandersetzung der kulturellen Beeinflussung des Migranten durch die Aufnahmegesellschaft („horizontale Komponente“ der Anpassung). Es folgt eine zweite längere Periode des (inter)kulturellen Wandels, die auch als Akkulturation bezeichnet wird und ebenfalls psychisch belastend sein kann. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang die *goal striving stress*-Hypothese, die die als Ergebnis der Diskrepanz zwischen Erwartetem und Erreichtem entstehende Spannung und Enttäuschung charakterisiert und quasi die „vertikale“ Komponente der Belastung benennt (Frigessi Castelnuevo u. Risso 1986).

#### **2.2.10 Ethnie**

„Mit Ethnie wird eine Wir-Gruppe bezeichnet, die tatsächliche oder fiktive Gemeinsamkeiten behauptet. Innerhalb der Wir-Gruppe wird Homogenität unterstellt und Konformität erwartet. Ethnische Gruppen sind familienübergreifende und familienerfassende Gruppen, die sich selbst eine kollektive Identität zusprechen. Dabei sind die Zuschreibungskriterien, die die Außengrenzen setzen, wandelbar.“ (Hansen 1995)

#### **2.2.11 Ethnozentrismus**

Im Zusammenhang mit den oben gemachten Aussagen zur Kultur nimmt Pfeiffer (1994) auch zum „Ethnozentrismus“ Stellung. Er schreibt: „... Da also der Einzelne von klein auf sich in der Atmosphäre seiner Kultur befindet, ... , ist sie für ihn das Selbstverständliche und Angemessene, wogegen ihm andere Erlebens- und Handlungsweisen zumindest fragwürdig, wenn nicht gar verwerflich oder krankhaft erscheinen ...“

## **2.3 Migrationsforschung: Defizite und Probleme**

### **2.3.1 Forschungsdefizite**

Im Zusammenhang mit dem Thema ‚Migration und Gesundheit‘ werden in Deutschland immer wieder Forschungsdefizite beklagt. So konstatiert Jordan (2000), daß es zwar viele Indikatoren dafür gibt, daß keine Chancengleichheit für Migranten beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung besteht, daß aber doch gravierende Wissenslücken über die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit sowie sozialer Schichtzugehörigkeit und Gesundheit existieren.

So lassen beispielsweise die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vom statistischen Bundesamt erhobenen Daten in der Regel keine Aussagen über spezifische Gesundheitsprobleme von Migranten oder ein spezifisches Inanspruchnahmeverhalten gegenüber Leistungen der gesundheitlichen Versorgung zu. Ziel müßte eine bessere Kenntnis der Datenlage und eine höhere Qualität der Daten sein, die kontinuierlich erhoben werden sollten (Jordan 2000).

Prüfer-Krämer und Krämer (2000) führen folgende Defizite in der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Forschung hinsichtlich der gesundheitlichen Lage von Ausländern in Deutschland an: fehlende systematische populationsbezogene Untersuchungen zum Gesundheitszustand; Mangel an Studien, die biomedizinische mit sozialwissenschaftlichen Ansätzen verbinden; fehlende Daten zu den Auswirkungen der Adaptation an den westlichen Lebensstil auf die Gesundheit von Migranten.

Collatz und Fischer (1998) sehen diese Probleme einer ‚transkulturellen Epidemiologie‘ ebenfalls. So gäbe es zwar viele Forschungsarbeiten, die aber häufig kleine, klinisch oder ambulant selektionierte Stichproben untersuchen, so daß die Ergebnisse widersprüchlich und wenig repräsentativ sind. Nach ihrer Meinung sind aussagefähige Längsschnittstudien notwendig.

Auch die Qualitätssicherung von speziellen Versorgungsangeboten für Migranten muß vor allem auf wissenschaftlich gesicherten, empirischen, sozialepidemiologischen und evaluatorischen Ergebnissen beruhen, um Morbidität, Mortalität und Auswirkungen der Versorgungsangebote analysieren, erklären und verbessern zu können. Hieran mangelt es, so Collatz (1999), fast gänzlich.

### **2.3.2 Methodische Probleme**

Bei der Durchführung und Auswertung von Studien zur Versorgung von Migranten im deutschen Gesundheitswesen ergeben sich, wie bereits angedeutet wurde, verschiedene inhaltliche und methodische Probleme.

Die mit der Herkunft verknüpfte Ausgangssituation der Migranten ist durch die unterschiedliche Einreisemotivation, den Aufenthaltsstatus, die Dauer des Aufenthaltes, mitgebrachte Erfahrungen aus dem Herkunftsland u. a. sehr unterschiedlich. Weig (1998) differenziert in 1. sog. gruppenspezifische Unterschiede, 2. Differenzen innerhalb einer Migrantengruppe (Untergliederung nach soziodemographischen Variablen wie Alter, Geschlecht, Herkunft – Stadt oder Land –, Bildungsgrad usw.) und 3. Auswirkungen von biographischen Variablen, die den Lebensweg und die Lebenserfahrungen widerspiegeln.

Bei vielen dieser Variablen setzen bereits unterschiedlichste Theorien (z. B. Life-Event-Forschung, Gender-Ansätze, Entwicklungspsychologie der Lebensspannen usw.) an, die durchaus verschiedene Zusammenhänge von Migration und Gesundheit aufzeigen können. Zu den drei o. g. kommt jedoch noch eine vierte Gliederungsstufe hinzu, nämlich individuelle Aspekte, wobei hier besonders Einstellungen und Verhaltensweisen einer Person im Vordergrund stehen. Das bedeutet, daß Krankheitsgeschichte, Sozialisationserfahrungen, Einstellungen und Bewältigungsformen eines Migranten erfaßt und interpretiert werden müßten (Weig 1998). Maschewsky-Schneider und Fuchs (2000) haben auf ein weiteres mögliches Problem aufmerksam gemacht. Aus der Gender-Forschung sind geschlechtsspezifische Verzerrungseffekte bekannt (Eichler 1991). Diese Verzerrungseffekte könnten beispielhaft auf die migrationsspezifische Forschung übertragen:

1. Ethnozentristische Perspektive (eine bestimmte Gruppe steht im Vordergrund, an der die andere Gruppe gemessen wird)
2. Übergeneralisierung (Studienergebnisse, die für eine soziale oder ethnische Gruppe gewonnen wurden oder angebracht sind, werden ohne Hinterfragung auf andere soziale und ethnische Gruppen übertragen)
3. Migrationsspezifische Insensitivität (mangelndes Bewußtsein in Forschung und Versorgung, daß die verschiedenen Ethnien oder sozialen Gruppen differenzierend betrachtet werden müssen)
4. Doppelstandard in der Forschung (Forschung, Messung, Evaluierung oder gesundheitliche Versorgung verschiedener sozialer Gruppen oder Ethnien mit unterschiedlichen Methoden, Konzepten etc.)

Der mögliche Einfluß dieser Effekte sollte bei der Planung, Durchführung und Auswertung von Studien beachtet werden.

Auf weitere Fehlereinflüsse in empirischen Untersuchungen weist Kohlmann (1998) hin. Dies können prinzipiell Fehler durch Nichtbeobachtung, Unter- oder Übererfassung, Antwortausfälle, falsche Stichprobenauswahl, Fehler bei der Beobachtung, bei den Erhebungsinstrumenten und der Studiendurchführung sein. Als Mindestanforderung an Untersuchungsdesigns und -methoden, ausgehend von einer Systematisierung möglicher Fehlereinflüsse in empirischen Studien, formuliert er: "Es sollte angegeben werden, wie und aus welchem Kollektiv die Untersuchungsstichprobe gezogen wird. Die Art der Stichprobenziehung muß gewährleisten, daß keine groben Fehler durch Unter- oder Übererfassung oder durch systematische Selektionsfehler auftreten. Aufgrund der Definition des Ausgangskollektivs muß es möglich sein, Stichprobenausfälle in ihrer Struktur zu beschreiben und mögliche Konsequenzen einzuschätzen. Die Bestimmung der erforderlichen Fallzahl muß auf der Basis methodischer Überlegungen erfolgen und darf nicht nur Gesichtspunkte der Praktikabilität berücksichtigen. Es sollen die durch Untersucher und Untersuchte bedingten Fehler nach Möglichkeit vermieden werden. Defekte der sozialen Erwünschtheit, Erinnerungseffekte und ähnliche Mechanismen können durch geeignete Maßnahmen (z. B. Standardisierung von Erhebungsverfahren, Ausfall des Studiendesigns, Verblindung, Schulung von Untersuchern) minimiert werden. Es sollen Erhebungsverfahren mit hinreichender Validität, Reliabilität und Änderungssensitivität eingesetzt werden. Sie sollen eine befriedigende Praktikabilität aufweisen und für Anwender und Untersuchte akzeptabel sein. Eine endgültige Entscheidung für ein bestimmtes Instrument sollte von den Ergebnissen einer Pilotstudie abhängig gemacht werden." (Kohlmann 1998)

Im Abschnitt ‚Methodik‘ wird auf die Beachtung dieser Anforderungen im Zusammenhang mit unserer Studie eingegangen.

Auch kritische Überlegungen zur Art der Untersuchung sind notwendig. Wir haben uns vor allem aus praktischen Gründen für eine Fragebogenerhebung entschieden. Die Vorteile einer schriftlichen Befragung sind: Sie ist anonym durchführbar, weitgehend terminunabhängig, unmittelbar authentische Dokumente liefernd unter Ausschaltung des potentiellen Einflusses von Mittelspersonen (Interviewer) und ver-

gleichsweise billig. Für die Durchführung einer schriftlichen Befragung im Krankenhaus (sog. perstationäre Befragung) spricht vor allem, daß die Verteilung von Fragebögen an die Patienten leicht zu organisieren ist. Die Zahl der Nichtantworter kann verringert werden. Es bestehen kaum Erinnerungsschwierigkeiten zu den abgefragten Themen und Abläufen. Die Bewertung durch die befragten Patientinnen erfolgt in einer ähnlichen Situation, d. h., der Zeitpunkt der Ausfüllung ist einheitlich wie auch der Ort und sein Umfeld (Satzinger 1998).

Als Nachteile einer Fragebogenuntersuchung gibt Satzinger (1998) an: einen eventuellen Motivationsmangel der Befragten, Zwang zum eher oberflächlichen Abfragen weitgehend vorgegebener Antworten, mögliche Mißverständnisse bzw. Unverständnis der Fragen, Einschluß von Menschen, die entweder überhaupt nicht lesen und schreiben können oder aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Augenblick dazu nicht in der Lage sind oder die Sprache des Fragebogens nicht gut genug beherrschen. Gerade diese Gruppe mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit (z. B. wenig oder nicht deutschsprechende Migranten) sollte unbedingt erreicht werden.

Auf spezielle methodische Probleme in der Migrationsforschung weisen Collatz und Fischer (1998). Sie stellen fest, daß in transkulturellen vergleichenden Studien selbst der Vergleich scheinbar klarer und objektiver Variablen wie der Allgemein- oder Berufsbildung, von Diagnosen oder sogar des Alters ein erhebliches Validitätsproblem darstellen kann. Zum anderen sei zu beachten, daß der kulturelle Bezugsrahmen u. U. nicht gesichert ist, sondern daß vielfältige mischkulturelle Einflüsse im Verlauf des Migrationsprozesses vorliegen. Collatz und Fischer (1998) konstatieren zwar, daß qualitative und quantitative Forschungsansätze z. T. verschiedene Ergebnisse erbracht haben, empfehlen aber trotzdem generell, daß in Projekten beide Verfahren angewendet werden, um Grenzen beider Prinzipien auszugleichen.

Im Kapitel 4 ‚Untersuchungskollektiv und Methodik‘ wird dargestellt, wie die eben aufgeführten verschiedenen methodischen Schwierigkeiten bei der Analyse der Versorgungssituation türkischer Migrantinnen von uns in der Studienplanung und -durchführung beachtet und gelöst wurden.

### **3 Fragestellungen zur Analyse der Versorgungssituation von türkischstämmigen im Vergleich zu deutschen Patientinnen**

1. a) Unterscheidet sich die sozio-ökonomische Lage der befragten türkischstämmigen und deutschen Patientinnen?  
b) Wie wirken sich diese objektiven Bedingungen auf die subjektive Lebenszufriedenheit aus?
2. Wie sind die Frauen türkischer Herkunft akkulturiert?
3. Wie gut sind die Sprachkenntnisse der türkischstämmigen Patientinnen?
4. a) Was wissen die befragten Frauen über Verhütung, Vorsorgemaßnahmen, das Zyklusgeschehen und die Anatomie des weiblichen Körpers?  
b) Gibt es Unterschiede im Basiswissen bei deutschen und türkischstämmigen Frauen?
5. Welche Umstände bestimmen die subjektive Krankheitstheorie – sind es soziale, geschlechtsspezifische, kulturspezifische, ethnische, altersbedingte Faktoren oder die Erkrankung selbst?
6. a) Gibt es ein Kenntnisdefizit über die aktuelle Erkrankung (Einweisungsdiagnose) und über die geplanten Behandlungsmaßnahmen eher bei deutschen oder eher bei türkischstämmigen Patientinnen?  
b) Wissen die Patientinnen am Ende des Krankenhausaufenthaltes mehr über ihre Diagnose und Therapie, und welche Rolle spielen schicht- und bildungsbedingte Einflüsse auf ggf. vorhandene Kenntnisunterschiede?
7. a) Gibt es Unterschiede zwischen deutschen und türkischstämmigen Frauen beim Wissen über Erkrankungsrisiken, die im Zusammenhang mit den Wechseljahren auftreten können?  
b) Variiert die Bewertung des Klimakteriums als Umbruchphase im Leben einer Frau in Abhängigkeit von sozio-kulturellen Faktoren?  
c) Differiert die Einstellung und das Wissen zum Thema Wechseljahre bei den türkischstämmigen Frauen je nach Migrationsgeneration oder Altersgruppe?
8. a) Wie stark ist die psychische Belastung der Patientinnen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme?  
b) Gibt es besonders ungünstige Faktoren für ‚psychischen Stress‘ wie z. B. die Schwere der Erkrankung, eine sozial ungünstige Situation, höheres Lebensalter?  
c) Fühlen sich die türkischen Migrantinnen unter den Patientinnen – je nach Migrationsgeneration oder Akkulturationsgrad – prinzipiell stärker durch psychische Symptome belastet?

9. a) Nehmen Migrantinnen häufiger als deutsche Frauen eine gynäkologische Notfallambulanz in Anspruch?  
b) Unterscheidet sich das in der Notfallambulanz erfaßte Beschwerdenspektrum und der diagnostizierte Anteil psychosomatischer Krankheitsbilder bei deutschen und ausländischen Frauen?  
c) Führt eine durch Kommunikationsprobleme bedingte weniger umfängliche Anamneseerhebung bei Ausländerinnen zu Qualitätseinbußen bei Diagnose bzw. Therapie?
10. a) Bevorzugen türkische Migrantinnen einen Frauenarzt oder eine Frauenärztin?  
b) Wechseln sie häufiger als deutsche Frauen den niedergelassenen Arzt?  
c) Wie zufrieden sind die Patientinnen mit ihrem betreuenden Frauenarzt?

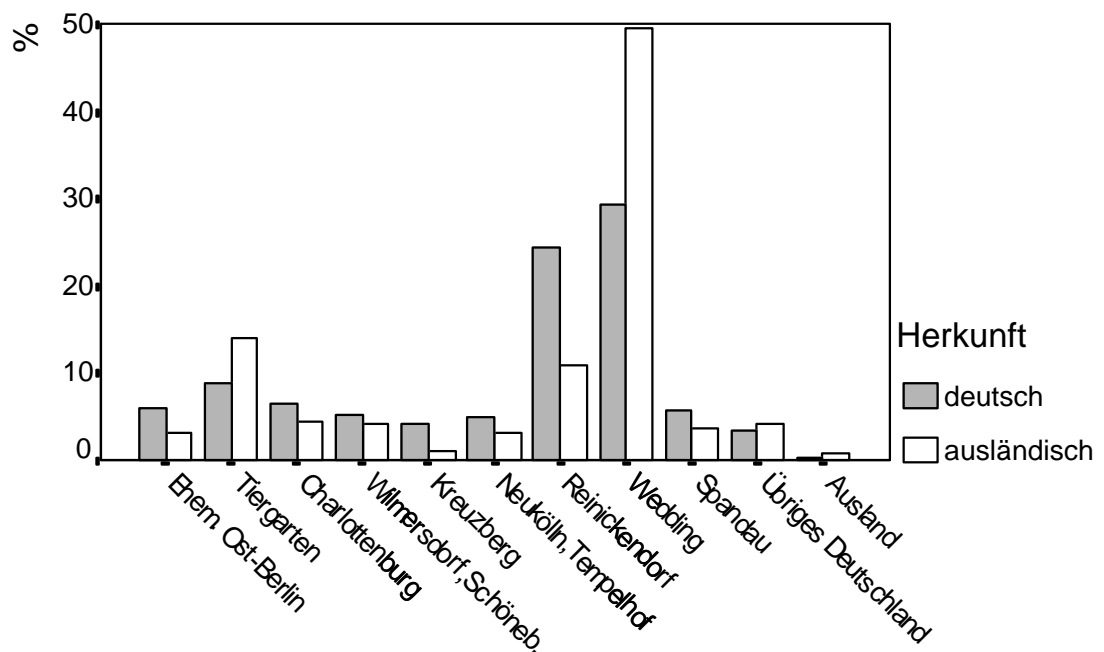
## 4 Untersuchungskollektiv und Methodik

### 4.1 Untersuchungsort

Die nachfolgend dargestellten und diskutierten Daten wurden im Rahmen der Public Health-Studie zur ‚Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Patientinnen im Krankenhaus‘ erhoben. Diese Untersuchung wurde vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen 01 EG 9523/2). Projektlaufzeit war von Mai 1996 bis Juni 1999, ein Abschlußbericht (Autoren: Dipl. Pol. Theda Borde, Dr. med. Matthias David, Prof. Dr. med. Heribert Kentenich) wurde bis zum Januar 2000 erstellt und dem Ministerium übergeben.

Das Virchow-Klinikum blieb als ehemals städtisches Rudolf-Virchow-Krankenhaus sowohl in der Zeit, als es Teil des Universitätsklinikums der Freien Universität war, als auch nachdem es 1995 ein Standort des Universitätsklinikums Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, wurde, eine wichtige Versorgungseinrichtung auch für die Bevölkerung der umliegenden Stadtbezirke Wedding, Reinickendorf und Tiergarten, wie z. B. die Wohnortverteilung der Patientinnen, die die gynäkologische Notfallambulanz des Klinikums aufgesucht haben, zeigt (Abb. 4.1).

Abb. 4.1: Wohnorte der Patientinnen der gynäkologischen Erste Hilfe des Virchow-Klinikum nach Bezirken (Zeitraum Januar bis April 1996)





Es handelt sich somit um eine medizinische Einrichtung, die eine Kombination von Kliniken mit Spezial- bzw. Maximalversorgung mit einem ‚Stadtteilkrankenhaus‘ darstellt. Entsprechend zusammengesetzt ist auch die Patientenklientel.

Die Studie wurde auf den beiden gynäkologischen Stationen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Charité, Campus Virchow-Klinikum, in Berlin-Wedding durchgeführt. Die zwei gynäkologischen Stationen verfügen über insgesamt 72 Betten. Die Aufnahme eines Großteils der Patientinnen erfolgt auf Grund einer Einweisung durch niedergelassene Ärzte, die anderen Frauen werden über die Erste Hilfe der gynäkologischen Poliklinik bzw. die Notfallambulanz stationär aufgenommen. Das Behandlungsspektrum reicht über die Therapie verschiedener gutartiger und bösartiger Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane und der Brust incl. Chemotherapie bis zur Behandlung von Schwangerschaftsstörungen wie Hyperemesis gravidarum oder Abortbestrebungen.

#### 4.2 Migrantinnenanteil

Für die Stadt Berlin (3.387.901 Einwohner) ergab sich für das Jahr 1997, in dem die Erhebungsphase der Studie begonnen wurde, ein Ausländeranteil von 13% (440.247 Einwohner), 17,4% im Westteil und 5,6% im Ostteil der Stadt. Die Zuwanderer sind nicht nur auf das ehemalige Ost- und Westberlin unterschiedlich verteilt, sondern auch innerhalb des Westteils von Berlin (Tab. 4.1).

Tab. 4.1: Anteil der ausländischen und der türkischstämmigen Bevölkerung in vier ausgewählten Bezirken zum 31.12.1997

	<b>Ausländeranteil (in %)</b>	<b>Ausländeranteil absolut</b>	<b>darunter tür- kischstämmige Zuwanderer</b>	<b>Anteil türkischer Migran- ten an der ausländischen Bevölkerung (in %)</b>
Kreuzberg	34,4	51.584	28.358	55,0
Wedding	29,9	47.630	24.405	51,2
Tiergarten	27,3	24.750	8.484	34,3
Schöne- berg	22,5	33.156	11.350	34,2

Die türkische Bevölkerungsgruppe machte zum 31.12.1997 im Bezirk Wedding, in dem sich das Virchow-Klinikum befindet, mehr als die Hälfte der nichtdeutschen Staatsangehörigen aus.

Innerhalb der aufgeführten Migrantenpopulationen in den vier Bezirken beträgt der Frauenanteil jeweils zwischen 46 und 47%. Eine Aufschlüsselung der Altersvertei-

lung deutscher und türkischer Frauen in Berlin zeigt, daß der Anteil der jüngeren Frauen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren 23% bei den deutschen Berlinerinnen ausmacht, wogegen er bei den türkischen Berlinerinnen bei 42,1% liegt. Der Anteil älterer Frauen ist in der deutschen Bevölkerung entsprechend größer (Tab. 4.2).

Tab. 4.2: Deutsche und türkische Frauen nach Altersgruppen (15-75 J.) absolut und in Prozent der jeweiligen Altersgruppenpopulation (Stand 31.12.1997) in Berlin

Altersgruppe	Deutsche	%	Türkinnen	%
15-30	256.739	23	19.153	42,1
30-50	470.131	42,3	16.831	36,8
50-70	386.992	34,7	9.748*	21,1
Gesamt	1.113.862	100	45.732	100

\*für die Altersgruppe 65-70 J. nur Schätzwert möglich

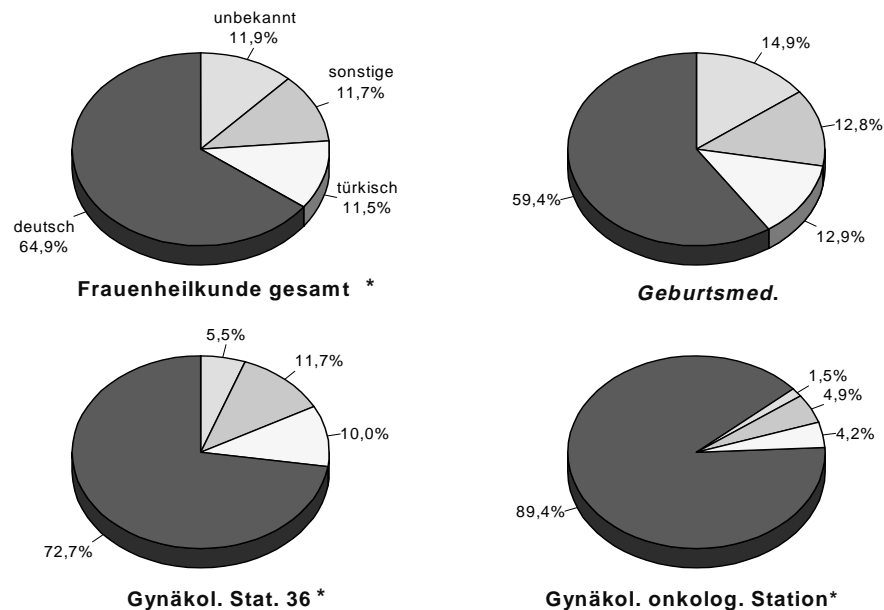
Im Jahre 1997 hatten insgesamt 34,1% der in Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Virchow-Klinikums behandelten Patientinnen eine ausländische Staatsangehörigkeit, wobei der Anteil in den einzelnen Abteilungen der Frauenklinik unterschiedlich war: in der Notfallambulanz 55%, auf der gynäkologisch-operativen Station mit geburtshilflichem Bettenanteil 27%, in der gynäkologisch-onkologischen Station der Klinik ca. 11% (Abb 4.2).

In der Klinik für Geburtsmedizin lag der Anteil ausländischer Patientinnen mit etwa 45% noch deutlich höher.

Es handelt sich bei den von der Krankenhausverwaltung bei der Klinikaufnahme statistisch als solche erfaßten ‚Ausländerinnen‘ häufig auch um Frauen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen oder vor mehr als 10 oder 20 Jahren eingewandert sind, aber die deutsche Staatsbürgerschaft noch nicht erworben haben.

Abb. 4.2

Anteil ausländischer Patientinnen nach Staatsangehörigkeiten in der Klinik für Frauenheilkunde u. Geburtsh.\* bzw. für Geburtsmedizin 1997

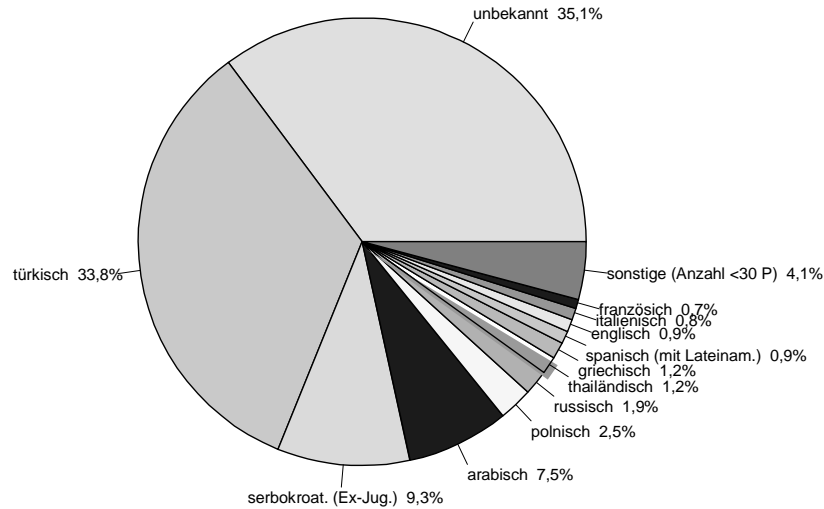


Die im Klinikum geführte Patientinnenstatistik weist einen relativ hohen Anteil an Patientinnen mit unbekannter nicht-deutscher Staatsangehörigkeit auf. Nach Information des Aufnahmebüros (Patientengebundene Verwaltung) ist dies auf eine lückenhafte Ausfüllung der Aufnahmebögen durch die Patientinnen zurückzuführen.

Die größte Migrantengruppe in Berlin ist in Folge der Anwerbung, des Familiennachzug oder in geringem Maße auch als politisch Verfolgte aus der Türkei zugewandert. In der Klinik stellen sie die größte fremdsprachige Gruppe dar (Abb 4.3). Es ist davon auszugehen, daß die Patientinnen mit der Angabe ‚unbekannte Staatsangehörigkeit‘ ebenfalls zumeist Migrantinnen sind, darunter wahrscheinlich ein großer Anteil türkischer Staatsbürgerinnen.

Abb. 4.3

Fremdsprachengruppen der Patientinnen - nach Landessprachen der Herkunftsländer  
Klinik f. Frauenheilk.u.Geburtshilfe und Klinik f. Geburtsmed., Campus Virchow-Kl. 1997



Weitere große Migrantinnengruppen stammen aus arabischen Ländern, aus dem ehemaligen Jugoslawien, Polen und den Staaten der ehemaligen Sowjetunion (GUS-Staaten). Insgesamt sind Patientinnen aus 90 verschiedenen Nationen registriert.

#### 4.3 Untersuchungskollektiv

Die Public Health-Studie zur Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter einheimischer und zugewanderter Patientinnen im Krankenhaus konzentrierte sich auf die türkischsprachige Migrantinnengruppe. Diese ist in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt aber auch in Berlin und damit korrespondierend ebenso in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Campus Virchow-Klinikum, zahlenmäßig unter den Zuwanderinnengruppen am stärksten vertreten. Bedingt durch den seit 30 Jahren ablaufenden Niederlassungsprozeß türkischstämmiger Migranten in Deutschland lassen sich innerhalb dieser Gruppe darüber hinaus Differenzierungen im Hinblick auf unterschiedliche Aufenthaltsdauer, Migrationsstatus, Kenntnisse der deutschen Sprache u. a. vornehmen, die Angaben zu Einflußfaktoren und Entwicklungen ermöglichen. Auch Kurdinnen aus der Türkei wurden in die Untersuchungsgruppe aufgenommen.

Als Vergleichsgruppe dienten die im gleichen Zeitraum stationär behandelten deutschen Patientinnen.

Einschlußkriterien für die Untersuchung waren: Stationäre Aufnahme auf einer der beiden gynäkologischen Stationen, Alter 15-75 Jahre, deutsche oder türkische Ethnizität, gynäkologische Erkrankungen bzw. Schwangerschaftsstörungen im I. Trimenon, Vorliegen der schriftlichen Einverständniserklärung.

#### 4.4 Studiendesign

Die Querschnittsuntersuchung wurde als vergleichende Befragung türkischer und deutscher Patientinnen der gynäkologischen Stationen hauptsächlich mit quantitativen Erhebungsmethoden durchgeführt. Außerdem wurden in einer Analyse der Patientinnenakten die von den Ärzten dokumentierten objektiven Daten mit den subjektiven Angaben der Patientinnen über ihre Diagnose und die bei ihnen durchgeführten Behandlungsmaßnahmen verglichen. Die Tab. 4.3 zeigt das Studiendesign der Untersuchung und stellt die verschiedenen methodischen Zugänge im Überblick dar.

Tab. 4.3: Zusammenfassende Darstellung der Methodik der Datenerhebung

	<b>Patientinnenbefragung</b>	<b>Aktenanalyse</b>
<i>Methoden:</i>	quantitativ mit Fragebögen	quantitativ
<i>Stichprobe:</i>	Patientinnen der gynäkologischen Stationen  <u>Einschlußkriterien:</u> Alter 15-75 stationäre Aufnahme deutsche oder türkische Herkunft  <u>Ausschlußkriterien:</u> zur Geburt Schwangerschaftsstörungen jenseits des I. Trimenons keine Bereitschaft zur Teilnahme  <u>angestrebte Stichprobengröße:</u> 600 Patientinnen (jeweils 300 türkisch und 300 deutsche)	Patientinnenakten aller in die Studie einbezogenen Patientinnen
<i>Studienort:</i>	gynäkologische Stationen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Charité, Campus Virchow-Klinikum	gleiche Stationen
<i>Befragungszeitpunkte:</i>	T1: präoperativ (Aufnahmetag) T2: postoperativ (Tag vor Entlassung bzw. Entlassungstag selbst)	im Anschluß an die Patientinnenbefragung
<i>Zeitraum:</i>	3 / 97 - 11 / 98	5 / 1998 - 2 / 1999
<i>Instrumente:</i>	zweiteiliger Fragebogen, deutsche und türkischsprachiger Version	Vergleich der Akten Daten mit Ergebnissen der Patientinnenbefragung

Parallel zum quantitativen Studienteil erfolgte eine qualitative Datenerhebung und -auswertung (leitfadenorientierte Interviews mit je 50 türkischen und deutschen Patientinnen; Interviews mit Ärzten, Pflegekräften und anderem Klinikpersonal). Dieser Teil der Studie soll hier nicht näher erläutert werden. Lediglich der für das methodische Vorgehen wichtige qualitative Pretest zur Validierung der Fragebögen wird in einem Kapitel behandelt.

Die Publikation der qualitativen Ergebnisse erfolgt durch Frau Dipl. Pol. Theda Borde im Rahmen ihrer Dissertation.

#### **4.5 Fragebögen**

Zur Entwicklung des für die prä-/post-Befragung konzipierten zweiteiligen Patientinnenfragebogen-Sets wurde auf die folgenden standardisierten und validierten Untersuchungsinstrumente zurückgegriffen, mit denen Daten zum soziodemographischen Hintergrund der Patientinnen, ihrem sozialen Umfeld und Integrationsgrad in die hiesige Gesellschaft, zur subjektiven Lebenszufriedenheit, psychischen Befindlichkeit, subjektiven Ursachentheorien zur aktuellen Erkrankung, Wissen über Vorsorge,

Anatomie und Funktionen der weiblichen Genitalorgane sowie zu Aspekten der Zufriedenheit der Patientinnen in der Klinik systematisch erfragt werden sollten:

- Soziodat (Brähler, Felder, Florin und Tuschen 1993)
- Migration und Akkulturation (Günay/Haag 1990)
- SCL-90-R (Derogatis 1977)
- Ambulanzerhebung der WHO-Studie Wien (Wimmer-Puchinger 1996)
- Laintheorie-Fragebogen LTFB (Bischoff/Zenz 1990)
- subjektives Befinden /Lebenszufriedenheit (SOEP, Frick 1995)
- Wissen von Frauen über ihren Körper (Effmert 2000)

Mit Hilfe der folgenden Fragebögen, die im Rahmen des Projekts auf der Grundlage der qualitativen Pilotstudie entwickelt wurden, konnten für das Forschungsprojekt relevante Daten zur Betreuung beim niedergelassenen Gynäkologen, zum Übergang von der ambulanten in die stationäre gynäkologischer Versorgung, zur Patientinnen-

aufklärung und zur sprachlichen Verständigung zwischen Patientinnen und Klinikpersonal erhoben werden:

- Kontakte zu niedergelassenen Gynäkologen
- Verständnis der Diagnose und der medizinischen Maßnahmen
- sprachliche Verständigung in der Klinik

Die Fragebögen Soziodat, SCL-90-R und ‚Migration / Akkulturation‘ lagen in einer kontrollierten Übersetzung von Frau Dr. Emine Yüksel aus Berlin und Frau Prof. Dr. Koptagel-Ilal aus Istanbul in türkischer Sprache vor. Alle anderen verwendeten Fragebögen wurden im Rahmen des Projekts vom Deutschen ins Türkische übersetzt. Die Bedeutungsäquivalenz der übersetzten Fragebögen wurde durch die Rückübersetzung der türkischen Fragebogenversion in die deutsche Sprache gewährleistet. (An der Übersetzung, Überarbeitung und Rückübersetzung der Fragebögen waren Frau Ümit Yüzen-Grabksi, Herr Yusuf Agace, Frau Dr. Lale Güngör und Frau Theda Borde beteiligt.)

Die türkischsprachige Fragebogenversion ist mit der deutschen inhaltlich und strukturell identisch. Allerdings wurde in der Fassung für deutsche Patientinnen in Teil 1 (Beantwortung am Aufnahmetag) auf die Fragebogenteile ‚Migration / Akkulturation‘ sowie in Teil 2 (Beantwortung am Tag vor der Entlassung) auf den Fragebogen teil ‚Zur sprachlichen Verständigung in der Klinik‘ verzichtet. Patientinnen des türkischen Kollektivs, die die deutschsprachige Fragebogenversion bevorzugten, erhielten die kompletten, um diese beiden Bögen ergänzten Fragebogen-Sets.

#### **4.6 Pretest der Fragebögen**

Anfang des Jahres 1997 wurden die Fragebögen in einer Testphase erprobt, wobei deren Akzeptanz bei den Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft und die prinzipielle Durchführbarkeit der Studie geprüft werden sollten.

Schon in der Pretest-Phase mit jeweils 20 Patientinnen jedes Kollektivs wurde deutlich, daß die Fragebögen gut angenommen werden. Selbst die Länge des Fragebogenpakets (insgesamt 30 Seiten) erwies sich als praktikabel, denn durch ihren stationären Aufenthalt waren die Patientinnen nicht nur stark an den Fragestellungen der Studie interessiert, sondern verfügten auch über die nötige Zeit zur Bearbeitung des Fragebogens.

Auch vom Schwierigkeitsgrad der Fragen her war der Fragebogen sowohl den deutschen als auch türkischen Patientinnen angemessen. Allerdings zeigte sich schon in dieser Pilotphase der Studie, daß lese- und schreibunkundige Patientinnen im türkischen Kollektiv Schwierigkeiten bei der Bearbeitung hatten, die nur durch Vorlesen bzw. Abfragen des gesamten Fragebogens durch eine zweite Person überwunden werden konnten.

Auf der Grundlage der Erfahrungen im Pretest wurden lediglich zwei Veränderungen zur Optimierung des Erhebungsinstruments vorgenommen:

- Das Layout der deutschen und der türkischen Fragebogenversion wurde identisch gestaltet, um die Eingabe in die SPSS-Datenmasken zu erleichtern und Eingabefehler zu vermeiden.

Dies führte auch zur einer Verbesserung der Orientierungs- und Vergleichsmöglichkeit für zweisprachige Patientinnen, die sich nicht gleich für eine der beiden Sprachversionen entscheiden konnten.

- Im Fragebogenteil zum Gesundheitswissen wurde bei allen Fragen die Antwortmöglichkeit ‚weiß ich nicht‘ hinzugefügt, um eine sichere Unterscheidung zwischen fehlenden Antworten (missings) und ‚Nicht-Wissen‘ treffen zu können. Außerdem wurden für die Benennung der Genitalorgane in einer gezeichneten Skizze in der türkischsprachigen Version sowohl die türkischen als auch die Fachtermini und die deutschen Bezeichnungen angegeben, da sich herausstellte, daß einigen türkischen Frauen die deutschen Begriffe geläufiger waren als die türkischen.

#### **4.7 Qualitative Pilotstudie**

Mit Hilfe der qualitativen Pilotstudie sollten zunächst Kenntnisse über spezifische Problembereiche und Themen im Zusammenhang mit der Versorgungssituation bei den Migrantinnen sowie über eventuelle Besonderheiten bei der Erhebung der Daten erlangt werden. Ein weiteres Ziel war es, auf der Basis der Pilotstudie möglicherweise notwendige Modifikationen einiger der vorgesehenen Untersuchungsinstrumente im Hinblick auf migrantinnenspezifische Aspekte vorzunehmen.

Die Pilotstudie basierte auf fokussierten Interviews mit 10 türkischen und 10 deutschen Patientinnen der gynäkologischen Stationen, die nach dem Prinzip der größtmöglichen Varianz hinsichtlich der Erkrankungsart, des Lebensalters, des Bildungsstandes, des Sozial- und Migrationsstatus und der deutschen Sprachkenntnisse aus-



gewählt wurden. Für die qualitative Vorstudie wurde ein Interviewleitfaden mit offenen Fragen entwickelt, der folgende Themenschwerpunkte enthielt:

- soziodemographische und migrationsbezogene biographische Angaben der Patientinnen
- allgemeines Befinden in der Klinik
- Beschreibung und subjektive Wahrnehmung der Gesundheitsstörung, der Symptome und Beschwerden
- Wissen über Diagnose und Therapie
- Verständnis der ärztlichen Information und Aufklärung
- Grund für die Kontaktaufnahme mit dem einweisenden Frauenarzt
- Präferenzen und Zufriedenheit mit dem niedergelassenen Gynäkologen
- subjektive Ursachentheorie zur aktuellen Gesundheitsstörung
- Wahrnehmung der Interaktion und Kommunikation mit dem Klinikpersonal

Die offenen Fragen ermöglichten den Patientinnen freie Äußerungen, die nicht durch vorgegebene Antwortkategorien eingeschränkt wurden. Dies war deshalb besonders wichtig, weil es darum ging, ggf. neue Kategorien, die die Perspektiven türkischer Migrantinnen repräsentieren, in Erfahrung zu bringen und für die quantitative Untersuchung zu verwenden.

Die Interviewphase der Pilotstudie erstreckte sich über den Zeitraum 1. Juli bis 30. September 1996. Die Kontaktaufnahme mit den Patientinnen sowie die Erhebung soziodemographischer, biographischer und migrationsbezogener Angaben erfolgte jeweils am Aufnahmetag auf den gynäkologischen Stationen der Klinik durch die wissenschaftliche Projektmitarbeiterin Frau Dipl. Pol. Borde, die auch die Interviews führte.

Die 60- bis 90minütigen Gespräche wurden in der Regel am Tag vor der Entlassung aus der Klinik im Krankenzimmer oder im Besucherraum ‚unter vier Augen‘ – je nach Sprachkompetenz der Patientinnen in deutscher oder in türkischer Sprache – geführt und mit einem Tonband protokolliert. Alle 20 Interviews wurden transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch nach der von Mayring (1983) beschriebenen Methode ausgewertet. Aus den Interviews ergaben sich die nachfolgend dargestellten Erkenntnisse für die quantitative Datenerhebung

#### **4.7.1 Modifizierung des Studiendesigns**

Das ursprüngliche Studiendesign, das nur den Aufnahmetag für die Befragung der Patientinnen vorsah, wurde dahingehend modifiziert, daß jede Patientin zu zwei Erhebungszeitpunkten (T1: Aufnahmetag und T2: Tag vor der Klinikentlassung) befragt wurde. Dies war notwendig, da die Patientinnenerwartungen und -wünsche sinnvollerweise vor der medizinischen Maßnahme und die Patientinnenzufriedenheit erst kurz vor der Entlassung der Patientinnen aus der Klinik erfragt werden konnten. Auch das Patientinnenwissen über die Diagnose und die Therapie wurden im Sinne eines prä/post-Vergleichs erfaßt.

#### **4.7.2 Modifizierung der Fragebögen**

Mit Ausnahme der standardisierten und validierten Erhebungsinstrumente ‚SCL-90-R‘ und ‚Laientheoriefragebogen‘ wurden alle anderen Untersuchungsinstrumente auf der Grundlage der Erkenntnisse der Pilotstudie einerseits um migrantinnenrelevante Aspekte erweitert und andererseits im Hinblick auf studienrelevante Sachverhalte gekürzt. Die Kürzungen wurden vorgenommen, um den Umfang des Fragebogens in einem für die Patientinnen bearbeitbaren Rahmen zu halten. Im einzelnen wurden folgenden Modifikationen vorgenommen:

- Der ‚Soziodat‘-Fragebogen wurde um türkische Bildungsabschlüsse erweitert und gleichzeitig wurden die Fragenkomplexe zum allgemeinen Gesundheitsverhalten (Rauchen, Sport) entfernt.
- Der Fragebogen ‚Migration / Akkulturation‘ wurde um Fragen nach ethnischer Zugehörigkeit, in der Familie gesprochene Sprache, Grad der Türkischkenntnisse, Staatsangehörigkeit, Präferenz deutschsprachiger oder türkischsprachiger Medien sowie um eine offene Frage bezüglich der eigenen ethnischen Identifikation erweitert.
- Auf der Grundlage des Fragebogens der ‚Ambulanzerhebung der WHO-Studie Wien‘ wurde ein auf Fragen zu Erwartungen und Zufriedenheit im Krankenhaus reduzierter und leicht modifizierter Fragebogen entwickelt, der um migrantinnenspezifische Aspekte wie Einsatz ausgebildeter Dolmetscher, Berücksichtigung kultureller Besonderheiten und einige offene Fragen zu positiven und negativen Betreuungsaspekten aus der Sicht der Patientinnen erweitert wurde.

- Der Fragebogen ‚Wissen von Frauen über ihren Körper‘ wurde auf Fragen zu Verhütung, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, Menstruation u. a. Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane sowie den Themenbereich Wechseljahre reduziert. Nach dem Pretest wurden darüber hinaus bei allen Fragen, die nach dem ‚multiple choice‘-Verfahren ausgerichtet waren, neben den richtigen und den falschen Antworten auch ‚weiß ich nicht‘ als Antwortmöglichkeit hinzugefügt.

#### **4.7.3 Entwicklung neuer Fragebögen**

Da für die Erfassung relevanter Daten zur Versorgung durch niedergelassene Gynäkologen, zum Übergang zwischen ambulanter und stationärer gynäkologischer Versorgung und zu Besonderheiten bei der sprachlichen Verständigung für Migrantinnen in der Klinik keine geeigneten Fragebögen vorlagen, wurden diese auf der Grundlage der Pilotstudie entwickelt. Das Patientinnenwissen über die Diagnose der aktuellen Gesundheitsstörung und die geplante bzw. durchgeführte medizinische Therapie wurde zu beiden Erhebungszeitpunkten (prä/post) anhand der von den Patientinnen frei formulierten Texte erfaßt.

#### **4.8 Statistische Datenauswertung**

Im Verlauf der Datenerhebung wurden alle ausgefüllten Fragebögen in Datenmasken des Statistikprogramms SPSS eingegeben und ausgewertet.

Auf der Grundlage soziodemographischer und migrationsbezogener Daten wurden 14 Unterkollektive bezüglich Ethnizität, Altersgruppen, Bildungsgrad, Ort der Schulbildung, Erwerbsstatus, Verbundenheit mit Religion, deutsche Sprachkenntnisse, Lese- und Schreibfähigkeit, Erkrankungsgruppe, Lebenszufriedenheit, Wissen über Körperfunktionen, Akkulturationsgrad und dem Migrationsstatus gebildet.

Bei der Auswertung des modifizierten Fragebogens zur ‚Migration / Akkulturation‘ wurden 11 Variablen zur Bestimmung des Akkulturationsgrades bzw. des Grades der Integration und der Partizipationsmöglichkeiten in der ‚Mehrheitsgesellschaft‘ herangezogen, die dann zu einer maximalen Punktzahl von 33 und einer minimalen Punktzahl von 11 führen konnten. Der Median von 20 Punkten wurde als Grenzwert für ‚mehr‘ (> 20 Punkte) oder ‚weniger akkulturiert‘ (< 20 Punkte) angenommen (vgl. hierzu Kapitel 5.5.1 Heterogenität der ‚Türkin in der Migration‘).

Die frei formulierten Textstellen zum Verständnis bzw. zum Wissen über Diagnose und Therapie wurden in einem Doppelblind-Verfahren im Rahmen eines ‚ratings‘

gruppiert. Die Aussagen der Patientinnen wurden auf ihre Übereinstimmung mit den in der Patientenakte von den Ärzten dokumentierten objektiven Daten verglichen. Die Faktorenanalyse des SCL-90-R folgte dem von Derogatis (1977) entwickelten Auswertungsschema, die Skalenauswertung des Laientheorie-Fragebogens LTFB wurde anhand des von Bischoff u. Zenz (1990) erarbeiteten Programms berechnet. Unterschiede in den Merkmalsausprägungen wurden anhand des Variabilitätskoeffizienten nach Pearson (Chi<sup>2</sup>-Test) für lineare Assoziationen mit Hilfe des statistischen Programms auf Signifikanz geprüft. Bei Variablen mit Rangcharakter wurde der Mantel-Haenzel-Test verwendet, um den Zusammenhang linear-mit-linear zu überprüfen. Auf die verwendeten Testverfahren wird nochmals in jedem Kapitel separat eingegangen. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$  werden die Testergebnisse als statistisch signifikant unterschiedlich betrachtet.

#### **4.9 Einverständniserklärung und Datenschutz, Ethikvotum**

Bei der Aufklärung über den Zweck und die Ziele der Public Health-Studie wurde verdeutlicht, daß die bei der Untersuchung erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes mittels EDV verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben werden. Alle in die Studie einbezogenen Patientinnen wurden auch darüber informiert, daß sie nicht zu einer Beteiligung an der Studie verpflichtet sind und daß weder eine Beteiligung noch eine Nichtbeteiligung einen Einfluß auf ihre Behandlung in der Klinik haben würde.

Von allen an der Studie beteiligten Patientinnen liegt eine schriftliche Einverständniserklärung sowie eine Erklärung zum Datenschutz vor.

Die Fragebögen und alle erhobenen Daten wurden anonymisiert.

Der Studienplan wurde vor Beginn der Untersuchung der Ethikkommission der Charité/Campus Virchow-Klinikum vorgelegt und von dieser genehmigt.

#### **4.10 Definition des türkischen Patientinnenkollektivs**

Das Kollektiv der türkischstämmigen Patientinnen ist in gewisser Weise heterogen zusammengesetzt. ‚Türkisch‘ mußte näher definiert werden, denn die Staatsangehörigkeit als alleiniges Charakteristikum erwies sich aufgrund von Einbürgerungen als unbrauchbar, ebenso hätte das Kriterium ‚Herkunftsland Türkei‘ bzw. Geburtsort Türkei in Deutschland geborene türkische Staatsangehörige ausgeschlossen.

Da die Rekrutierung der Patientinnen zunächst über die Aufnahmekarte (in der Name, Geburtsdatum und Einweisungsdiagnosen vermerkt waren) erfolgte, wurde ein türkischer Vor- und Familienname Anlaß für die Kontaktaufnahme. Auf der Grundlage dieses persönlichen Kontaktes erfolgte die Zuordnung zum o. g. Kollektiv erst dann, wenn die Türkei als Herkunftsland oder als Herkunftsland der Eltern genannt wurde. Aus der Türkei stammende Kurdinnen u. a. ethnische Minderheiten wurden ebenfalls dem türkischen Patientinnenkollektiv zugeordnet.

#### **4.11 Analphabetismus, Sprachkompetenz und -präferenz**

Wie bereits dargelegt, wurden die Erhebungsinstrumente und der Befragungsmodus an spezifische Voraussetzungen der Patientinnen der türkischen Zielgruppe angepaßt, um Auswahlverzerrungen zu vermeiden und nach Möglichkeit alle stationären Patientinnen der beiden zu vergleichenden Kollektive, die die Einschußkriterien erfüllten, in die Untersuchung einzubeziehen.

Schon während des Pretests zeichneten sich aufgrund der relativ hohen Rate an Semi- oder Analphabetinnen im türkischen Patientinnenkollektiv lese- und schreibtechnische Schwierigkeiten bei der schriftlichen Fragebogenbeantwortung ab. Um wirklich alle Patientinnen der türkischen Zielgruppe in ihrer Heterogenität in der Studie repräsentativ erfassen zu können, reichte also die alleinige Übersetzung der Fragebögen in die türkische Sprache nicht aus. Ein gewisser Teil der Fragebögen konnte nur mit einem entsprechenden zusätzlichen Erhebungsaufwand – durch das Vorlesen der Fragebögen mit Hilfe der Interviewerin oder anderer Dritter – ausgefüllt werden.

#### **4.12 Erhebungszeitraum und Stichprobengröße**

Es wurde ein Ein-Jahres-Zeitraum in Anschluß an die Pretest-Phase für die Gesamterfassung aller aufgenommenen Patientinnen festgelegt. Die angestrebte Stichprobengröße betrug aus statistischen und aus Gründen der Repräsentativität  $n=300$  Patientinnen je Gruppe. Während diese Zahl für die deutsche Vergleichsgruppe nach einem Jahr (4 / 97 - 4 / 98) erreicht war ( $n = 320$ ), mußte der Erhebungszeitraum für das türkischsprachige Kollektiv um ein halbes Jahr (bis 11 / 98) verlängert werden. Bedingt durch ihren geringeren prozentualen Anteil an den Patientinnen im Bereich der operativen Gynäkologie und die Konzentration auf die türkische Migrantinnengruppe in unserer Untersuchung konnte dann 1 ½ Jahre nach Beginn der Datenerhebung mit 262 befragten türkischen Patientinnen die angestrebte Gruppengröße von 300 Patientinnen nahezu erreicht werden.

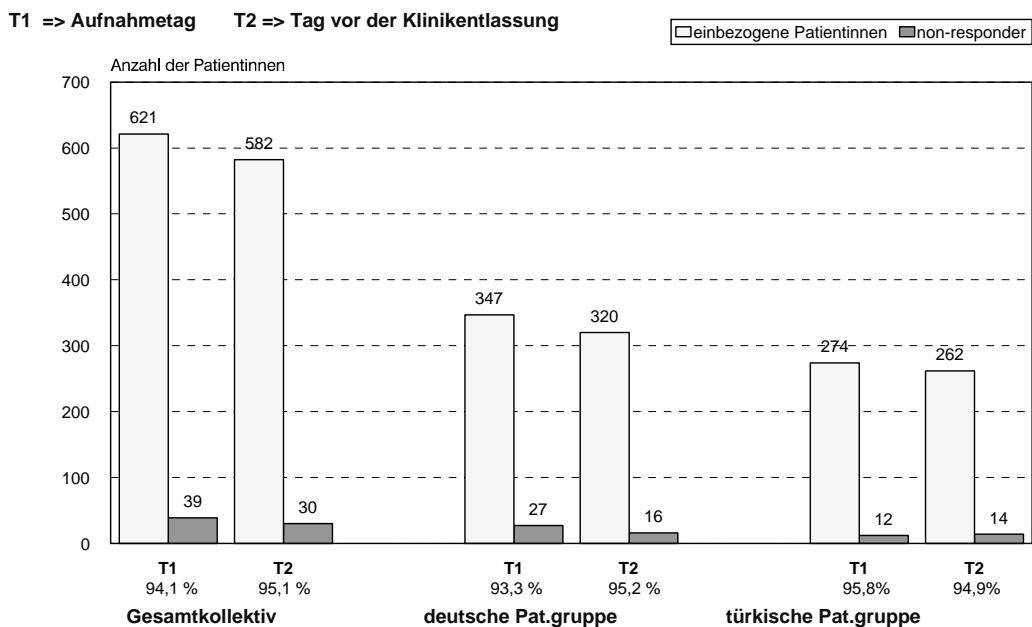
## 5 Untersuchungsergebnisse und Diskussion

### 5.1 Rücklauf der Fragebögen

Bei der Patientinnenbefragung wurde insgesamt ein Rücklauf von 94,1% der am Aufnahmetag (T1) ausgegebenen Fragebögen und damit eine Stichprobengröße von insgesamt 562 Patientinnen erreicht. Im türkischen Patientinnenkollektiv lag die Quote mit 95,8% noch etwas höher. Auch für den zweiten Fragebogenteil (Erhebungszeitpunkt T2 am Tag bzw. Vortag der Klinikentlassung) war der Rücklauf mit ca. 95% in beiden Kollektiven hoch (Abb. 5.1.1).

Abb. 5.1.1

Rücklauf der Fragebögen zu den beiden Erhebungszeitpunkten der Studie



Bei der kleinen Gruppe der ‚non-responder‘ handelt es sich vorwiegend um schwer- kranke onkologische Patientinnen, die die Mühe der Fragebogenbearbeitung nicht mehr auf sich nehmen wollten oder konnten. Nur wenige andere Patientinnen lehnten es grundsätzlich ab, sich an Befragungen zu beteiligen bzw. standen dieser Untersuchung kritisch gegenüber. Der geringfügige ‚Stichprobenverlust‘ zwischen Erhebungszeitpunkt T1 und T2 erklärt sich vor allem durch vorzeitige Entlassungen von Patientinnen am Wochenende, so daß die Abgabe und/oder Ausfüllung der Fragebögen versäumt wurde.

## 5.2 Stichprobenbeschreibung

### 5.2.1 Altersstruktur

Beim Vergleich soziodemographischer Daten zeigten sich zwischen beiden Vergleichsgruppen signifikante Unterschiede, die Aufschlüsse über eine unterschiedliche soziale Lage, Familien- und Wohnsituation sowie über unterschiedliche Bildungsvoraussetzungen bei den in der Klinik behandelten türkischen Migrantinnen und einheimischen Frauen geben.

Insbesondere in der Altersstruktur der Patientinnen in der Klinik spiegelt sich die gesellschaftliche Realität mit einem höheren Anteil an jüngeren und einem geringeren Anteil an älteren Frauen bei den Migrantinnen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung wider.

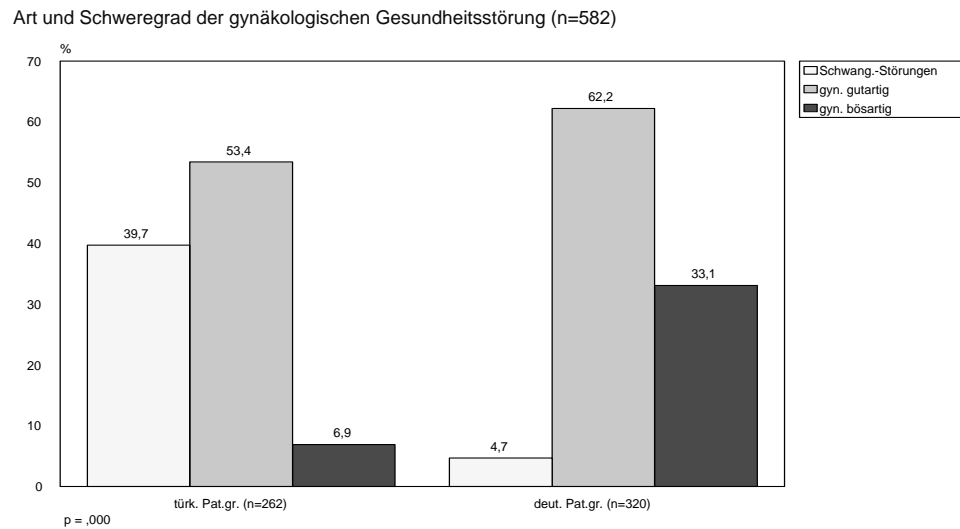
Als Altersmedian ergibt sich für die deutsche Patientinnengruppe 41 Jahre und für die türkische Gruppe 30 Jahre. Die Altersstruktur unterscheidet sich signifikant. Die älteste Patientin im türkischen Kollektiv war 64 Jahre alt, während im deutschen Kollektiv das gesamte Altersspektrum von 15-75 vertreten war (Tab. 5.2.1).

Tab. 5.2.1: Altersverteilung nach Altersgruppen – Frauen türkischer und deutscher Herkunft (in %) (Quelle: Statistisches Landesamt Berlin, Stand 30.6.2000)

	<b>deutsche Frauen in Berlin</b>	<b>deutsche Patientinnen</b>	<b>türkischstämmige Frauen in Berlin</b>	<b>Türkische Patientinnen</b>
15-30 Jahre	22,7	14,7	37,0	48,5
30-50 Jahre	42	57,5	37,0	40,5
60-70 Jahre	35,3	27	26,0	11

Korrespondierend mit der Altersverteilung der Patientinnen ergeben sich ebenfalls Unterschiede im Spektrum der stationär behandelten Erkrankungen (Abb. 5.2.1).

Abb. 5.2.1



## 5.2.2 Bildungsniveau

Bedingt durch die in unterschiedlichen Lebensphasen erfolgte Migration können Patientinnen türkischer Herkunft sowohl deutsche als auch türkische Bildungsabschlüsse haben. Die folgende Abbildung, in der die höchsten erreichten Schulabschlüsse in beiden Patientinnenkollektiven gegenübergestellt sind, zeigt, daß ein Großteil der in der Türkei aufgewachsenen Patientinnen mit 26,9% die fünfjährige Grundschule ‚ilk okul‘ absolviert hat und fast 10% nie eine Schule besucht hat. Die Mittelschule ‚orta okul‘ wurde von 9,1% und die weiterführende Schule in der Türkei (‚lise‘) von 5,1% der befragten Türcinnen absolviert. In Deutschland geborene bzw. aufgewachsene Migrantinnen verfügen in der Regel über deutsche Schulabschlüsse verschiedenen Grades, deren jeweiliger Anteil sich deutlich von dem in der deutschen Vergleichsgruppe unterscheidet (Abb. 5.2.2 und 5.2.3).



Abb. 5.2.2

Höchste erreichte Schulabschlüsse der türkischen Patientinnen (n=262)

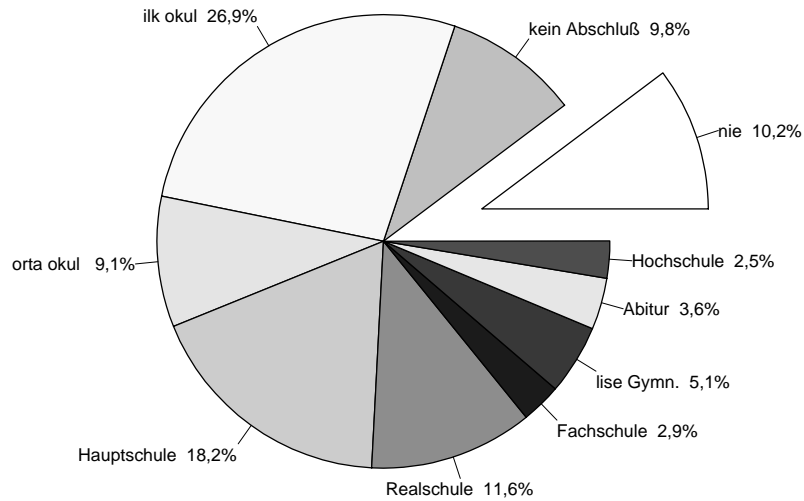
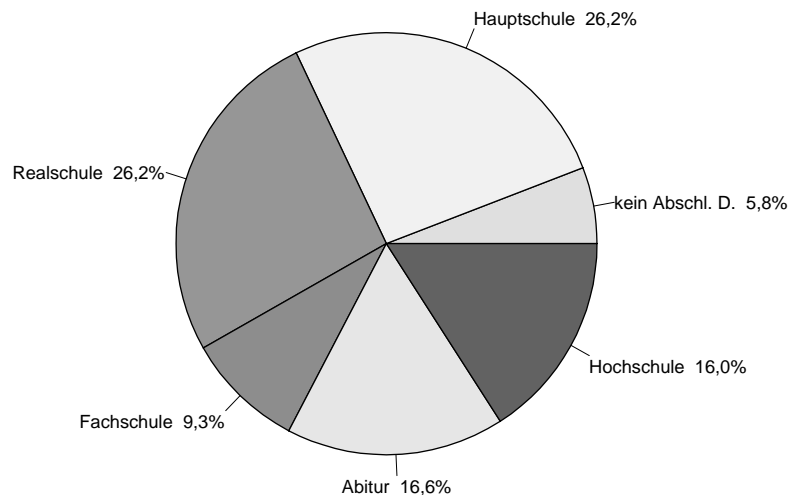


Abb. 5.2.3

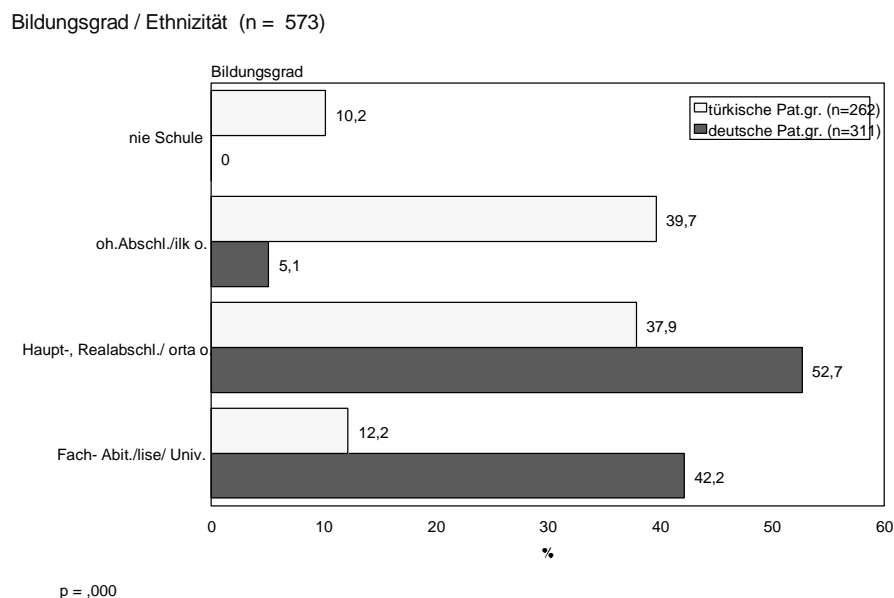
Höchste erreichte Schulabschlüsse der deutschen Patientinnen (n=317)



Die Gegenüberstellung verdeutlicht, daß der Bildungsgrad von Patientinnen türkischer Herkunft insgesamt niedriger ist als der der deutschen Patientinnen. Aufgrund der unterschiedlichen Schulsysteme in der Türkei und in Deutschland und des nicht geringen Anteils von Frauen im türkischen Kollektiv, die aufgrund fehlender infrastruktureller Bedingungen in der Türkei nie eine Schule besuchen konnten, ist ein direkter Vergleich beider Gruppen auf der Grundlage des Bildungsstandes schwierig.

Da aber der Bildungsstand eine wesentliche Variable für die Analyse der Patientinnen- und Patientendaten der Untersuchung ist, wurden die Bildungsabschlüsse in vier Gruppen zusammengefaßt: a) nie zur Schule gegangen; b) ohne Schulabschluß/Abschluß der fünfjährigen Grundschule ‚ilk okul‘; c) Haupt-/Realschulabschluß und Abschluß der türkischen Mittelschule ‚orta okul‘ und d) Fachabitur, Abitur, Fach- und Hochschulabschluß. Beim Vergleich beider Patientinnenkollektive auf der Grundlage des so definierten und zusammengefaßten Bildungsstandes zeigt sich folgendes Bild (Abb. 5.2.4):

Abb. 5.2.4



Die Tabelle 5.2.2, die dem Sozio-ökonomischen Panel 1995 entnommen wurde, stellt die prozentuale Verteilung der Schulabschlüsse und den Anteil nichterwerbstätiger Frauen und Männer für Deutsche und Zuwanderer aus den sog. Anwerbeländern gegenüber, zum Vergleich die Daten der eigenen Klinikerhebung in Abb. 5.2.4.

Tab. 5.2.2: Schulabschlüsse und Nichterwerbstätigen-Rate von Deutschen und Zuwanderern (Quelle: SOEP 1995- Frick u. Wagner 1996)

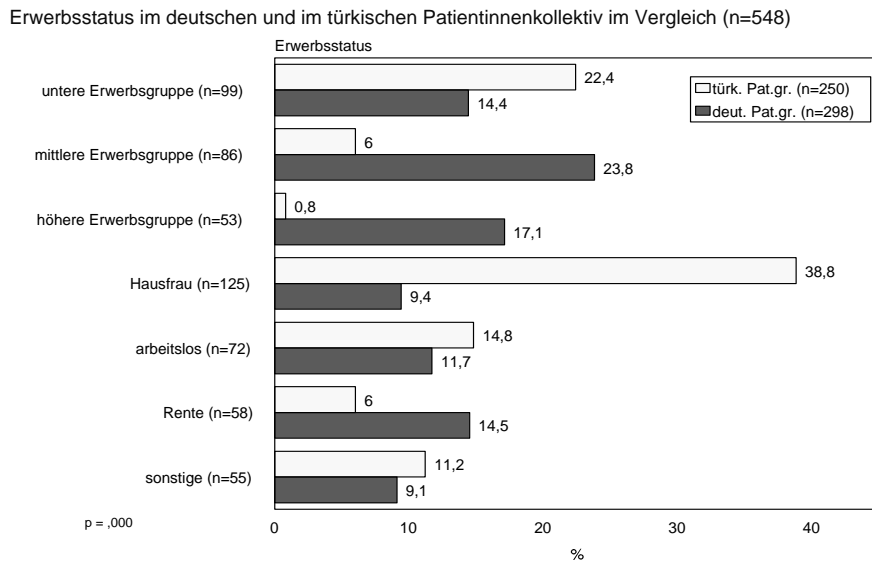
Schulabschluß	Deutsche "West"		Zuwanderer aus Anwerbeländern	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
kein Abschluß	4,7	4,1	27,4	16,8
mittlerer Abschluß	75,9	69,5	66,7	73,9
FH-Reife, Abitur	19,5	26,4	5,9	9,3
z.Zt. nicht erwerbstätig	36,1	19	56,3	21,3

### 5.2.3 Erwerbstätigkeit / berufliche Situation

Beim Erwerbsstatus einheimischer und zugewanderter Frauen zeigen sich deutliche Unterschiede. Besonders auffällig ist der starke Anteil von 70,8% nichterwerbstätigen Frauen in der türkischen Gruppe gegenüber 44,7% in der deutschen Vergleichsgruppe. Nach einer Senatsstatistik betrug der Anteil erwerbstätiger Frauen zwischen 15 und 65 Jahren in Berlin-West 53,8%.

Auch die Verteilung nach Erwerbsgruppen, die in der Regel auf den entsprechenden Bildungsabschlüssen basiert, ist zwischen den beiden Kollektiven signifikant verschieden (Abb. 5.2.5). Da der Anteil der nichterwerbstätigen Frauen im Gesamtkollektiv der Untersuchung relativ hoch ist, erfolgte in der Studie eine detailliertere Aufschlüsselung, die auch zwischen Hausfrauen, Arbeitslosen und Rentnerinnen differenziert. Der Vergleich zeigt einen besonders hohen Hausfrauenanteil bei den türkischen Patientinnen, der den in der deutschen Vergleichsgruppe um das Vierfache übersteigt (Abb. 5.2.5).

Abb. 5.2.5

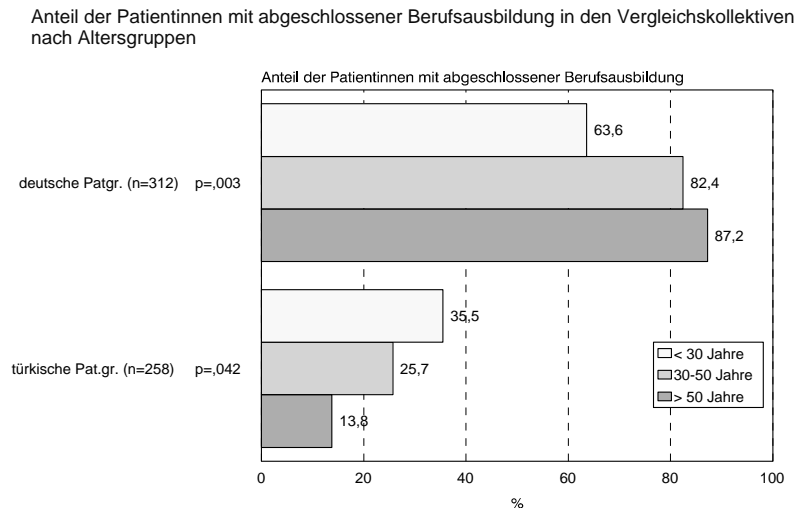


Die Einkommenssituation wurde in der Untersuchung nicht direkt ermittelt. Kriterien zu Schulbildung und Erwerbsstatus (hier insbesondere der große Anteil an nicht-erwerbstätigen Frauen) läßt aber den Rückschluß zu, daß türkische Frauen in wesentlich geringerem Maße überhaupt über ein eigenes und wenn dann über ein niedriges Einkommen verfügen.

Mit 15% (Migrantinnen) und 11% (deutsche Patientinnen) lag die Arbeitslosen im Studienkollektiv relativ niedrig, denn die amtliche Statistik weist für 1997 eine Gesamtarbeitslosenquote von 15,8% aus, in der nichtdeutschen Bevölkerung betrug sie 31,9%. Es ist davon auszugehen, daß die soziale Lage der nichtdeutschen Frauen neben der eigenen Erwerbslosigkeit in stärkerem Maße auch von der Arbeitslosigkeit der Ehemänner bestimmt ist.

Nur zirka ein Drittel der türkischen Patientinnen gaben an, einen Beruf erlernt zu haben. Zwar verfügen jüngere türkische Patientinnen über eine bessere Schul- und Berufsausbildung, doch zeigt sich auch bei der Betrachtung verschiedener Altersgruppen, daß die befragten Migrantinnen über eine weit schlechtere berufliche Qualifikation verfügen als einheimische Frauen (Abb. 5.2.6).

Abb. 5.2.6



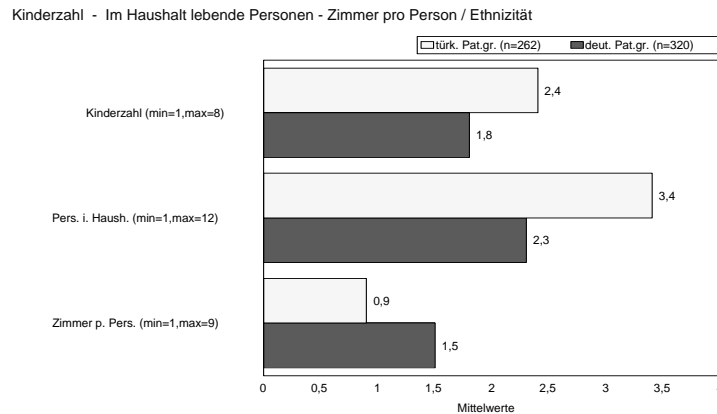
Während der Anteil der ausgebildeten Frauen innerhalb des deutschen Kollektivs in der jüngeren Altersgruppe bedingt durch eine u. U. noch nicht abgeschlossene Ausbildung mit ca. 64% am niedrigsten liegt, erwiesen sich innerhalb der türkischen Patientinnengruppe die jüngeren Frauen als besser qualifiziert. Allerdings verfügen auch in der Gruppe der über 30jährigen nur 35,5% über eine abgeschlossene Berufsausbildung.

#### 5.2.4 Wohnsituation

Der überwiegende Teil der befragten Patientinnen lebte zum Zeitpunkt der Untersuchung in den westlichen Bezirken der Stadt Berlin, nur 5% der Migrantinnen gegenüber 15,6% der deutschen Patientinnen lebten in den östlichen Stadtbezirken oder in anderen Bundesländern, vor allem in Brandenburg.

Auch im Hinblick auf ihre Wohnsituation unterscheiden sich die Lebensbedingungen der beiden Vergleichskollektive deutlich. Auf Grund der Patientinnenangaben wurden Mittelwerte für die Anzahl der Kinder, die im Haushalt lebenden Personen und die zur Verfügung stehenden Zimmer pro Person für beide Patientinnengruppen berechnet. Es zeigte sich, daß den zumeist von der Personenzahl her größeren Familien der türkischen Patientinnen weniger Wohnraum zur Verfügung steht. Die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen beträgt bei den türkischen Patientinnen 3,4, in der deutschen Gruppe 2,7 (Abb. 5.2.7).

Abb. 5.2.7



Die Repräsentativbefragung '95 (Mehrländer et al. 1996 – siehe Tab. 5.2.3) und Zahlen aus Nordrhein-Westfalen bestätigen dies. Dort betrug bei einer Erhebung 1991 die durchschnittliche Wohnfläche pro Haushaltsmitglied bei Deutschen 45,4 qm, bei Türken 23,3 qm (Eryilmaz u. Jamin 1998).

Tab. 5.2.3: Haushaltsgröße nach Nationalität, Angaben in %

	1 Person	2	3	4	5 Personen und mehr
Türkische <i>Frauen</i>	8,0	16,4	20,1	32,0	23,3
Deutsche (alle)	18,6	33,6	21,5	18,1	8,2

### 5.2.5 Familienstand

Die Repräsentativuntersuchung '95 bzw. der Wohlfahrtssurvey 1998 ergab hinsichtlich des Familienstandes bei türkischen und deutschen Frauen folgendes Bild (Tab. 5.2.4):

Tab. 5.2.4: Familienstand türkischstämmiger Frauen in Deutschland (n= 449), in %

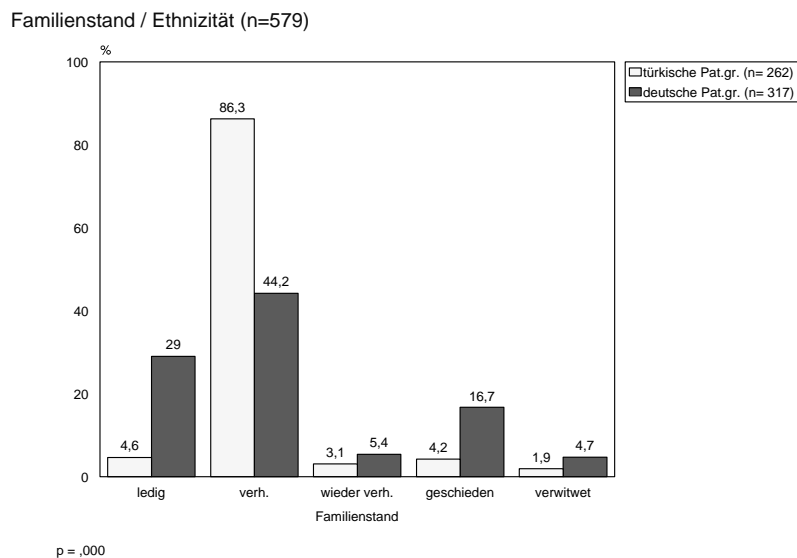
ledig	verheiratet	zusammenlebend mit festem Partner	geschieden	verwitwet
32,0	61,3	2,7	1,6	2,4

Tab. 5.2.5: Lebens- und Familienformen in Westdeutschland laut Wohlfahrtssurvey 1998 (n=2.007) in %

ledig	verheiratet	zusammenlebend mit festem Partner	geschieden	verwitwet	allein-erziehend	sonstige
7	62	6	4	7	5	6

Die Ehe- und Partnerschaftssituation unterscheidet sich auch in unseren beiden Kollektiven (Abb. 5.2.8).

Abb. 5.2.8



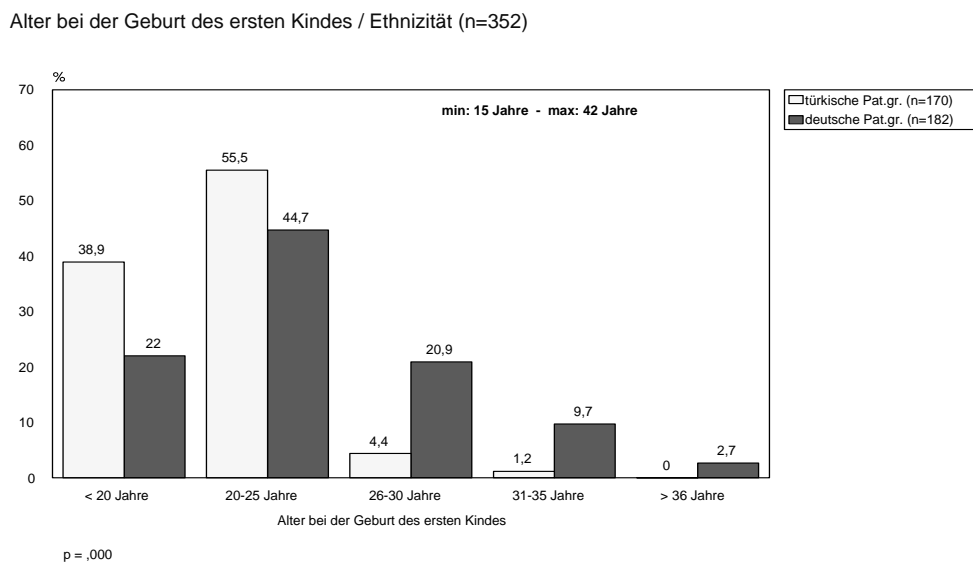
Für die türkischen Frauen ist die Ehe die übliche Partnerschaftsform. Bei den deutschen Patientinnen gab immerhin ein Viertel an, unverheiratet mit einem Partner zusammenzuleben. In beiden Gruppen waren jeweils ca. 5% der Patientinnen zwar verheiratet, lebten aber nicht mit ihrem Ehemann zusammen.

Sowohl im deutschen als auch im türkischen Patientinnenkollektiv stellt bei Vorhandensein von Kindern die sogenannte Kernfamilie die übliche Familienform dar. Dennoch lassen sich weitere Unterschiede in den Familienformen bzw. in der Art des familiären Zusammenlebens aufzeigen, die sich einerseits durch einen größeren Anteil an alleinerziehenden Müttern im deutschen Kollektiv -bedingt durch die höhere Anzahl an ledigen und geschiedenen Frauen- und andererseits in der Tatsache, daß in Migrantinnenfamilien häufiger mehr als zwei Generationen in einem Haushalt zusammenleben, ausdrückt (7,8 vs. 1,6% in der deutschen Patientinnengruppe).

### 5.2.6 Mutterschaft / Kinderzahl

Der Anteil der Patientinnen, die keine Kinder hatten, betrug im deutschen Kollektiv 40,9%, im türkischen dagegen nur 26,8%. Wobei es sich hier unter Berücksichtigung der Altersverteilung in den Vergleichsgruppen bei den Patientinnen türkischer Herkunft in größerem Maße um (noch) kinderlose Frauen handelt. Die Familiengründungsphase beginnt im türkischen Kollektiv in einem früheren Lebensalter. Bei der Geburt ihres ersten Kindes waren 94,4% der türkischen Patientinnen gegenüber 66% der deutschen jünger als 26 Jahre, als sie ihr erstes Kind bekamen (Abb. 5.2.9).

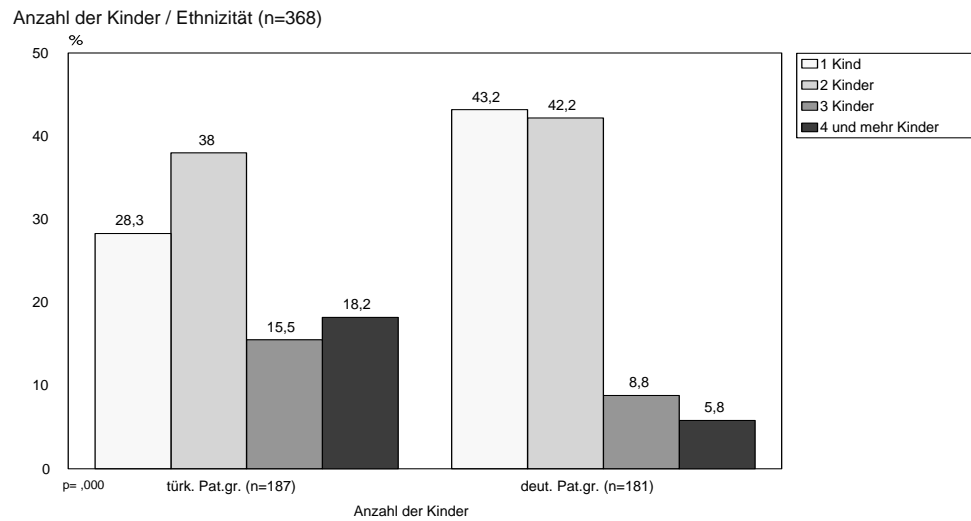
Abb. 5.2.9



Darüber hinaus ist festzustellen, daß sich die Anzahl der Kinder in beiden Vergleichsgruppen signifikant unterscheidet. In Mittelwerten ausgedrückt ergibt dies einen Unterschied von 2,4 ‚Kindern pro Frau‘ im türkischen gegenüber 1,8 im deutschen Kollektiv (Abb. 5.2.10).



Abb. 5.2 10

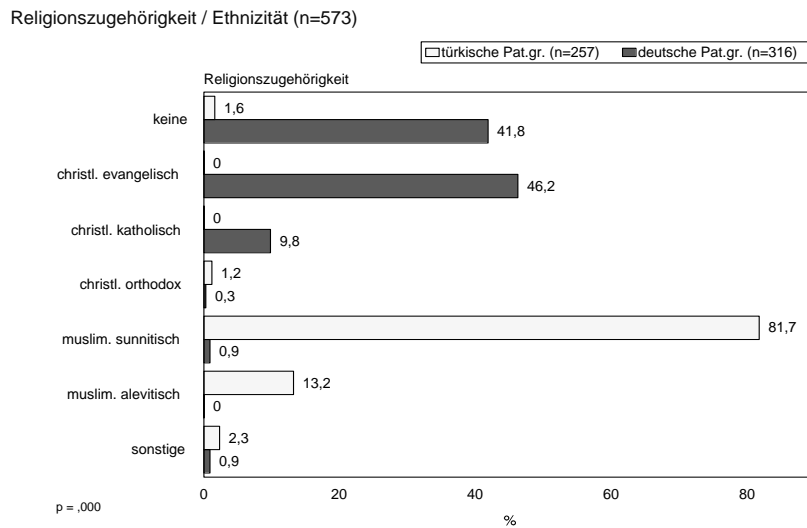


### 5.2.7 Religionszugehörigkeit / Bedeutung der Religion

Religionszugehörigkeit und Religiosität beeinflussen Einstellungen, Wertbegriffe und Verhaltensweisen. Bei einer Erkrankung kann Religiosität auch für die Krankheitsbewältigung von Bedeutung sein. Beim Vergleich der Versorgungssituation türkischer und deutscher Patientinnen, ist davon auszugehen, daß sich die Vergleichsgruppen an zwei unterschiedlichen religiösen Weltanschauungen und Wertsystemen orientieren.

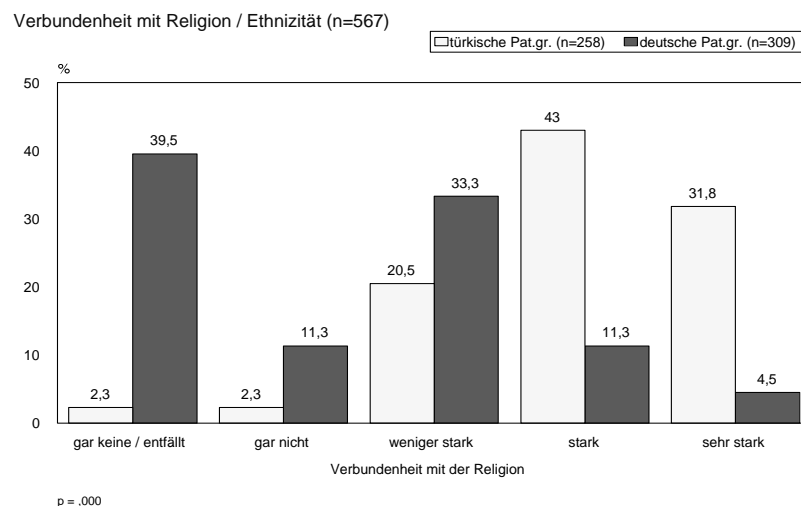
Die große Mehrheit der türkischen Patientinnengruppe gehört mit 94,9% der islamischen Glaubensrichtung an, während sich 55% der Deutschen dem Christentum zugehörig fühlen (Abb. 5.2.11). Die Zahlen für das türkische Kollektiv korrespondieren mit den Angaben aus der Literatur, wo angegeben wird, daß 82-98% der in Deutschland lebenden türkischen Minderheit der islamischen Religionsgemeinschaft angehören (Özcan 1995, Mehrländer et al. 1996).

Abb. 5.2.11



Über die formelle Zugehörigkeit zu einer Kirche oder Glaubensgemeinschaft hinaus könnte die persönliche Bindung der Patientinnen zur Religion für ethische Fragen im Zusammenhang mit einem Klinikaufenthalts bzw. einer Erkrankung von Bedeutung sein. Die Analyse der Daten ergab, daß neben dem großen Anteil deutscher Patientinnen, die keiner Kirche angehören, ein noch größerer Teil der Patientinnen wenig mit der Religion verbunden fühlt. Nur 15,8% der deutschen Patientinnen gab eine starke/sehr starke religiöse Bindung an. Im türkischen Kollektiv ergibt sich ein völlig anderes Bild (Abb. 5.2.12).

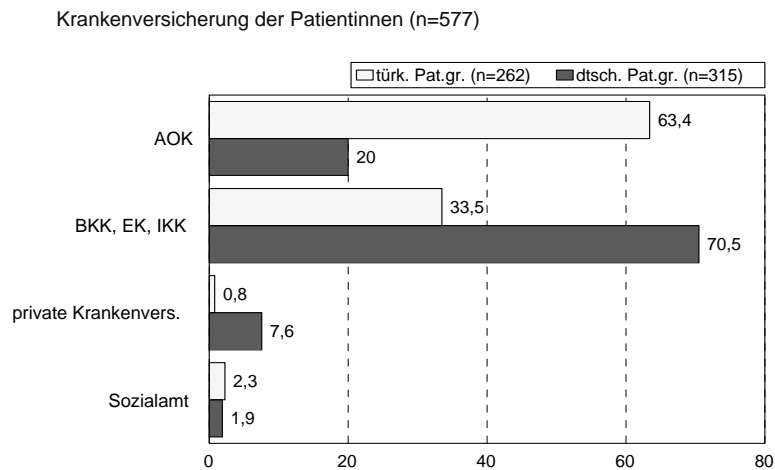
Abb. 5.2.12



## 5.2.8 Krankenversicherung

Die nachfolgende Abbildung 5.2.13 gibt einen Überblick über den Anteil von privat-, Ersatzkassen- und AOK-versicherten Patientinnen in den Untersuchungsgruppen.

Abb. 5.2.13



Der Anteil der Patientinnen, bei denen das Sozialamt die Kosten für die Behandlung in der Universitätsfrauenklinik übernahm, war im deutschen und im türkischen Vergleichskollektiven etwa gleich groß und mit 2,1% im Durchschnitt vergleichsweise gering.

Gemessen an dem Anteil der Sozialhilfeempfänger in der Berliner Bevölkerung mit insgesamt 6,6% (Berlin-Ost 4,2%, Berlin-West 8,0%) und insbesondere im Verhältnis zur Situation im Stadtbezirk Wedding, wo 11% der Bevölkerung auf Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen sind, scheint die Gruppe der Sozialhilfeempfängerinnen unter den Patientinnen in der Universitätsfrauenklinik deutlich unterrepräsentiert (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Jahresgesundheitsbericht 1996). Es ist jedoch wahrscheinlich, daß sich in der Gruppe der als AOK-versichert eingestuft Patientinnen noch ein zusätzlicher Anteil verbirgt.

### 5.3 Diagnosegruppen

#### 5.3.1 Schweregrad der Erkrankung

Die beiden nachfolgenden Tabellen geben die Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen der Patientinnen der beiden Untersuchungskollektive wieder (Tab. 5.3.1 und 5.3.2):

Tabelle 5.3.1: Einweisungsdiagnosen

Diagnose (modifiziert nach ICD-10)	Ethnizität [%]	
	deutsch (n = 317)	türkisch (n = 262)
Mamma-Karzinom	6,6 %	1,1 %
Ovar-, Zervix-Karzinom	7,6 %	1,1 %
Zervixdysplasie	15,1 %	3,8 %
gutartige Brusterkrankung	6,0 %	3,8 %
Myom	11,4 %	8,4 %
Ovarialzyste	8,8 %	5,0 %
nichtentzündliche Adnex-Erkrankung	14,0 %	5,7 %
entzündliche Adnex-Erkrankung	2,5 %	5,3 %
Unterbauchschmerzen	4,7 %	9,9 %
Blutungsbeschwerden	5,0 %	5,4 %
postmenopausale Blutung	1,3 %	1,1 %
Deszensusbeschwerden	2,8 %	4,5 %
Familienplanung (Sterilität/Sterilisierung)	6,0 %	5,3 %
Abort	1,6 %	11,5 %
Extrauterin gravidität	1,9 %	4,6 %
Risikoschwangerschaft (davon Abortus imminens)	1,3 %	8,4 % (2,8 %)
zur Geburt	0	7,3 %
Hyperemesis gravidarum	0	5,3 %
Sonstiges	3,4 %	2,1 %
	100 %	100 %

Tabelle 5.3.2: Entlassungsdiagnosen

Diagnose (modifiziert nach ICD-10)	Ethnizität [%]	
	deutsch (n = 317)	türkisch (n = 262)
Mamma-Karzinom	7,9%	2,3%
Ovar-, Zervix-Karzinom	11,3%	1,9%
Zervixdysplasie	12,8%	3,4%
gutartige Brusterkrankung	4,4%	2,7%
Myom	10,1%	7,3%
Ovarialzyste	9,5%	5,3%
nichtentzündliche Adnex-Erkrankung	11,5%	3,0%
entzündliche Adnex-Erkrankung	1,5%	5,3%
Unterbauchschmerzen	6,0%	11,5%
Blutungsbeschwerden	5,9%	6,1%
postmenopausale Blutung	0,9%	1,1%
Deszensusbeschwerden	3,2%	3,9%
Familienplanung (Sterilität/Sterilisierung)	8,2%	6,5%
Abort	2,8%	14,3%
Extrauterin gravidität	0,9%	4,6%
Risikoschwangerschaft (davon Abortus imminens)	0,9%	7,3% (2,0%)
zur Geburt	0	6,9%
Hyperemesis gravidarum	0	5,0%
Sonstiges	2,2%	1,6%
	100%	100%

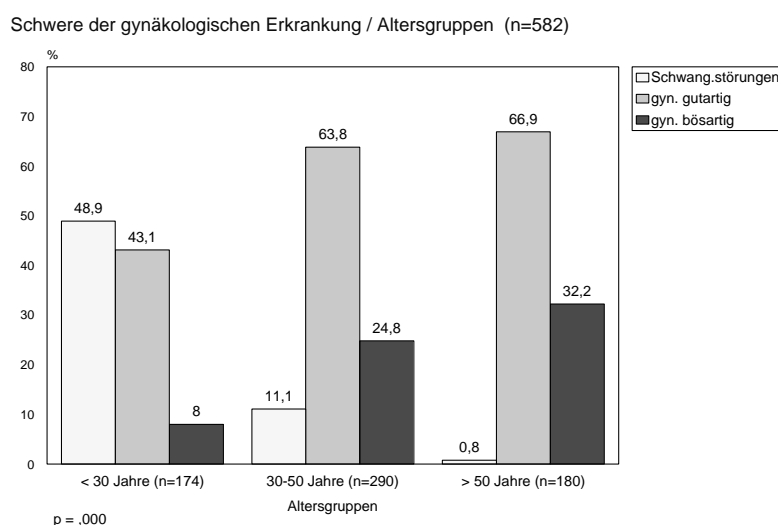
Um diese Vielfalt verschiedener Diagnosen für die weitere Datenauswertung handhabbar zu machen, erfolgte die Bildung von Unterkollektive zum Schweregrad der stationär behandelten Erkrankung in Form einer Zusammenfassung der Entlassungsdiagnose in den Gruppen ‚Schwangerschaftsstörungen‘, ‚gutartige‘ und ‚bösartige gynäkologische Erkrankungen‘, was in der folgenden Tabelle anhand von Beispielen erläutert wird (Tab. 5.3.3).

Tab. 5.3.3: Diagnosenzuordnung nach Schweregrad der Erkrankung (Beispiele)

<i>Schwangerschaftsstörungen</i>	<i>gutartige gynäkologische Erkrankungen</i>	<i>bösartige gynäkologische Erkrankungen</i>
Hyperemesis gravidarum	Uterus myomatosus	Mammakarzinom
Abortus imminens	Ovarialzyste	Ovarialkarzinom
Abortus incompletus	gutartiger Ovarialtumor	Endometriumkarzinom
Missed abortion	Adnexitis	Zervixkarzinom
Schwangerschaftsdiabetes	gutartiger Mammatumor	Tubenkarzinom
Schwangerschaftshochdruck	Postmenopausenblutung	Vulvakarzinom
vorzeitige Wehentätigkeit	klimakt. Blutungsstörungen	
unspezifische Schwangerschaftsbeschwerden	Sterilität	
	unklare Unterbauchschmerzen	

Wie in der Stichprobenbeschreibung bereits erwähnt, lassen sich Unterschiede in der Verteilung des Schweregrades zwischen dem türkischen und dem deutschen Vergleichskollektiv beobachten, die eng mit der unterschiedlichen Altersverteilung in beiden Vergleichsgruppen zusammenhängen (Abb. 5.3.1). Während der Anteil der an einem Karzinom erkrankten Patientinnen in der deutschen Patientinnengruppe bei 33,1% lag, waren es in der türkischen Gruppe nur 6,9%. Bei den Schwangerschaftsstörungen verhielt sich das Zahlenverhältnis umgekehrt, hier waren es 39,7% im türkischen, aber nur 4,7% der Patientinnen im deutschen Kollektiv.

Abb. 5.3.1



Die Gegenüberstellung der durchschnittlichen realen Häufigkeit der drei Krankheitsgruppen auf den beiden Stationen mit der Verteilung in der Studie ergibt folgendes Bild (Tab. 5.3.4):

Tab. 5.3.4: Anteil von Patientinnen der drei Haupterkrankungsgruppen in der Studie gegenüber der tatsächlichen Gesamtzusammensetzung auf den beiden gynäkologischen Stationen (in %)

	Deutsche Patientinnen		Türkischstämmige Patientinnen	
	Studie	Ist	Studie	Ist
Schwangerschaftsstörungen	4,7	16,5*	39,7	54,7**
gutartige gynäkolog. Erkr.	62,2	49,7	53,4	40,0
bösartige gynäkolog. Erkr.	33,1	33,8	6,9	5,3

Im wesentlichen ist das Studienkollektiv hinsichtlich seiner Zusammensetzung nach Diagnosen repräsentativ für die Gesamtklientel der Klinik. Deutliche Unterschiede bestehen nur bei der Diagnosegruppe ‚Schwangerschaftsstörungen‘, die sich so erklären lassen:

\* im deutschen Studienkollektiv sind weniger geburtshilfliche Fälle vorhanden, weil Schwangere mit Tokolyse wegen vorzeitiger Wehentätigkeit, Polamidonsubstitution, Komplikationen jenseits der 20. Schwangerschaftswoche und Wöchnerinnen nicht einbezogen wurden;

\*\* in der Untersuchungsgruppe der Migrantinnen sind weniger geburtshilfliche Fälle hauptsächlich wegen der relativ höheren Zahl von Frauen mit einem Abort, die nicht alle in die Studie einbezogen wurden, um einen repräsentativen Anteil älterer türkischstämmiger Patientinnen ausreichend abbilden zu können

### 5.3.2 Art der Erkrankung

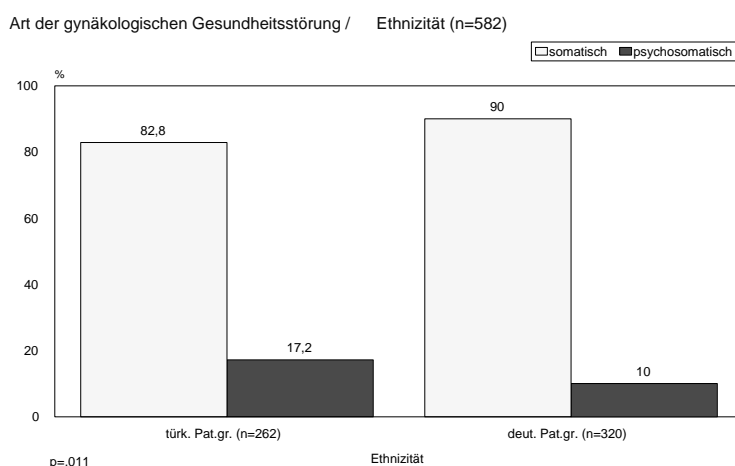
In der Studie wurden die Diagnosen der Patientinnen auch bezüglich der Art der Gesundheitsstörung nach somatisch bzw. eher funktionell in zwei Gruppen aufgeteilt. Die folgende Tabelle gibt anhand von Beispielen einen Überblick über die vorgenommene Zuordnung der Diagnosen (Tab. 5.3.5).

Tab. 5.3.5: Diagnosenzuordnung (Beispiele)

<i>somatisch</i>	<i>eher funktionell (psychosomatisch)</i>
Karzinome	chronisch rezidivierende Unterbauchschmerzen
gutartige Tumoren	unspezifische Schwangerschaftsbeschwerden
Adnexitis	Hyperemesis gravidarum
Postmenopausenblutung	Abortus imminens
Ovarialzyste	vorzeitige Wehentätigkeit

Beim Vergleich der bei der türkischen und deutschen Patientinnengruppe diagnostizierten Erkrankungen waren deutliche Unterschiede festzustellen. So wurden 17,2% der befragten türkischen Patientinnen gegenüber 10% der deutschen Patientinnengruppe aufgrund einer eher funktionell / psychosomatisch bedingten Diagnose stationär behandelt (Abb. 5.3.2).

Abb. 5.3.2

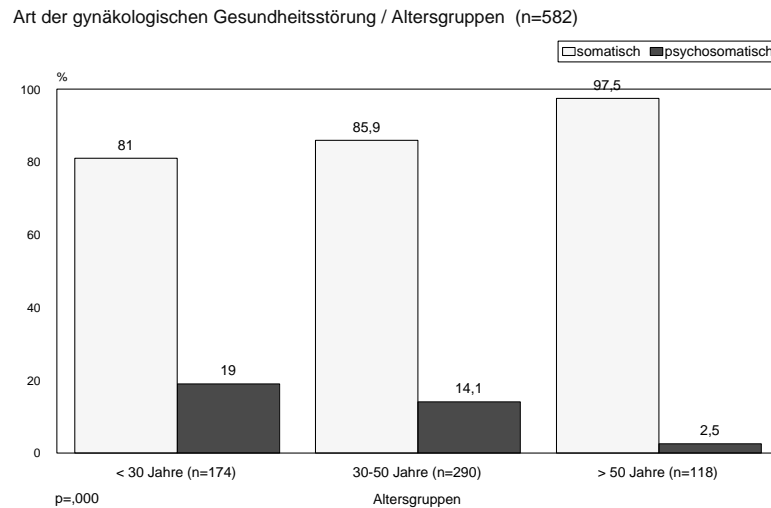


Die Betrachtung der Erkrankungsart unter Berücksichtigung des Lebensalters der Patientinnen ergab ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Frauen (Abb. 5.3.3). Dies läßt sich vor allem durch den insgesamt höheren Anteil von eher als funktionell bedingt diagnostizierten Erkrankungen bei den jüngeren Pa-



tientinnen, die aufgrund von Schwangerschaftsstörungen auf den gynäkologischen Stationen behandelt wurden.

Abb. 5.3.3



Die Betrachtung weiterer Unterkollektive (Bildungsgrad der Patientinnen, Ort ihrer Schulbildung, Gesundheitswissens, ihre allgemeine Lebenszufriedenheit) brachte keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung des Anteils von psychosomatisch mitbedingten Erkrankungen.

Bei den türkischstämmigen Patientinnen zeigt sich weder bei einer Aufschlüsselung nach dem Migrationsstatus noch nach ihrem Lebensalter oder dem Ort ihres Aufwachsens (Deutschland oder Türkei) ein Einfluß auf die Art ihrer gynäkologischen Erkrankung, d. h. keine höhere Frequenz eher funktionell oder psychosomatisch (mit-) bedingter Störungen.

## 5.4 Subjektives Wohlbefinden

### 5.4.1 Zufriedenheitsbewertung in den Studienkollektiven

Der Grad des subjektiven Wohlbefindens hängt davon ab, wie Menschen ihre Lebensbedingungen wahrnehmen und bewerten, wie zufrieden sie damit sind, welche Ängste und Sorgen sie haben. Die Bewertung ist unterschiedlich und hängt ab von der Wahrnehmung der Bereiche Familie, Arbeit usw. im Zusammenhang mit der jeweiligen objektiven Situation, d. h., mit einem hohen Einkommen ist man in der Regel zufriedener als mit einem niedrigen. Untersuchungen haben gezeigt, daß es besonders starke Unterschiede hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen gibt – fast 25% der Arbeitslosen sind eher unzufrieden, aber nur 6% der Erwerbstätigen. Frauen sind zumeist ein wenig unzufriedener

als Männer mit ihrer Lebenssituation (Bulmahn u. Habich 1997). Auch diejenigen, die sich in der gesellschaftlichen Statushierarchie relativ weit unten einstufen, sind eher unzufrieden (Bulmahn 2000).

In der Regel sind ältere Menschen, was Lebensstandard, Wohnung und Einkommen betrifft, zufriedener als junge. Nur hinsichtlich ihrer Gesundheit sind die älteren unzufriedener.

Mit ihrem allgemeinen Lebensstandard und der Gesundheit sind Personen mit höherer Bildung zufriedener, während sie alle anderen Aspekte des subjektiven Wohlbefindens schlechter bewerten (Spellerberg 1997).

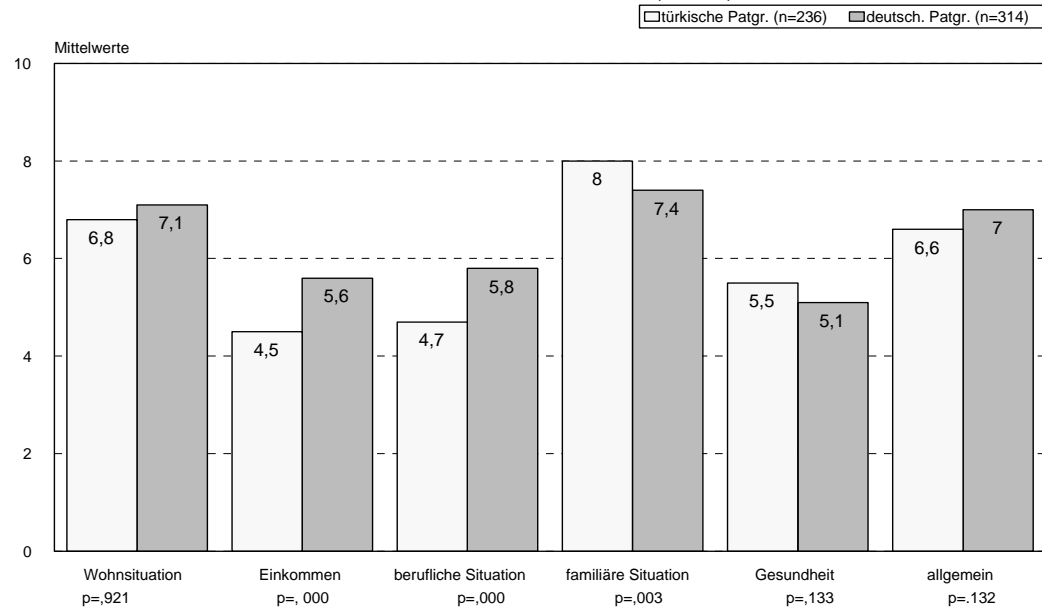
Zufriedenheitswerte können nach Spellerberg (1997) als Maßstab für Ungleichheiten in der Gesellschaft herangezogen werden. Der Vergleich des subjektiven (Wohl-) Befindens verschiedener Bevölkerungsgruppen gibt Aufschluß darüber, welche Gruppen in der Gesellschaft zu den eher privilegierten oder den eher unterprivilegierten im Hinblick auf das subjektive Wohlbefinden zählen. Neben Hinweisen auf die ‚vertikale‘ Rangordnung (Einkommen, Bildung) sind auch Rückschlüsse auf ‚horizontale‘ Differenzen möglich.

Wie im Sozio-ökonomischen Panel, einer repräsentativen Längsschnitterhebung zur empirischen Beobachtung des sozialen Wandels in Deutschland, in der seit 1984 eine Ausgangsstichprobe von rund 12.000 Personen in der früheren Bundesrepublik und West-Berlin jährlich befragt wird, verwendeten wir ein Untersuchungsinstrument, das die subjektive Zufriedenheit der Patientinnen mit ihrer Lebenslage anhand der Aspekte Wohnsituation, Einkommen, berufliche Situation, familiäre Situation, Gesundheit sowie allgemeine Lebenszufriedenheit erfragt (Frick u. Wagner 1995). Die Patientinnen bewerteten ihr subjektives Befinden anhand einer hier üblichen 11er-Skala, die von 0 = ‚ganz und gar unzufrieden‘ bis 10 = ‚ganz und gar zufrieden‘ reichte.

Die türkischen Patientinnen bewerteten ihre Wohnsituation, ihre Einkommenslage und Arbeitssituation ebenso wie ihre allgemeine Lebenssituation zwar tendenziell schlechter als die Patientinnen der deutschen Vergleichsgruppe. Statistisch signifikante Unterschiede ( $p < 0,05$ ) ergaben sich aber nur bezüglich der subjektiven Zufriedenheit mit der Einkommens- und der beruflichen Situation. Etwas zufriedener bewerteten türkische Patientinnen ihr gesundheitliches Befinden, deutlich zufriedener ihre Familiensituation (Abb. 5.4.1).

Abb. 5.4.1

Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen / Ethnizität (n=550)



Bei einem vorsichtigen Vergleich der von den Patientinnen angegebenen subjektiven Situationsbewertung mit ihrer tatsächlichen sozialen, familiären und gesundheitlichen Lage kann man im Prinzip feststellen, daß die unterschiedliche subjektive Zufriedenheitsbewertung mit Unterschieden in der objektiven Lebenslage der Vergleichskollektive korrespondiert. Während die sozioökonomische Lage der befragten Migrantinnen (Bildungsstand, berufliche Integration, Wohnsituation) in der Regel schlechter ist, dürften im Bereich Familie (vermeintlich stabilere Familienverhältnisse) und Gesundheit (mehr jüngere Patientinnen, weniger bösartige Erkrankungen) eher günstigere Bedingungen vorhanden sein.

#### 5.4.2 Vergleich der Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) mit den Zufriedenheitswerten der befragten Patientinnen

Da der von uns verwendete Fragebogen nach dem Pretest hinsichtlich der Variablen leicht modifiziert (Weglassen der Frage nach ‚Lebensstandards‘ und nach dem ‚Leben in 5 Jahren‘ sowie hinzufügen der Variable ‚Familie‘) wurde, sind in der folgenden Tabelle nur die mit dem SOEP 1995 (insgesamt 500 befragte Haushalte mit ca. 1.600 befragten Personen) vergleichbaren Ergebnisse auf der Grundlage von Mittelwerten der 11er Skala dargestellt.

Tab. 5.4.2: Bewertung von Aspekten der Lebenszufriedenheit (nach Frick u. Wagner, 1996, Datenbasis: SOEP 1995)

Zufriedenheit mit	Deutsche - West -	Deutsche Patientinnen (eig. Studie)	Zugewanderte aus ‚klassischen‘ Anwerbeländern	türkische Patientinnen (eig. Studie)	alle Ausländer - West -
Wohnsituation	7,6	<b>7,1</b>	6,0	<b>6,8</b>	7,1
Gesundheit	6,4	<b>5,1</b>	5,0	<b>5,5</b>	6,5
Lebensstandard	7,2		7,4		6,6
Einkommen	6,5	<b>5,6</b>	5,9	<b>4,5</b>	5,9
allg. Lebens zufriedenheit	7,0	<b>7,0</b>	7,1	<b>6,6</b>	6,8
Lebenssituation in 5 Jahren	6,9		7,3		7,2

\* Mittelwert einer 11stufigen Skala : 0 = völlig unzufrieden bis 10 = völlig zufrieden / 6-10 = eher zufrieden)

Bei dieser Gegenüberstellung muß natürlich berücksichtigt werden, daß das SOEP-Kollektiv nach epidemiologischen Kriterien zusammengestellt wurde, während das Klinikkollektiv nicht in allen Belangen repräsentativ ist. Die Beeinträchtigung der Gesundheit, die zur Klinikaufnahme geführt hat, dürfte die in beiden kollektiven schlechtere Bewertung der Zufrieden mit der eigenen Gesundheit ausreichend erklären.

Folgende weitere Unterschiede sind auffällig: Die befragten türkischen Patientinnen bewerten ihre Wohnsituation relativ gut. Die Zufriedenheit mit dem Einkommen ist in beiden Patientinnenkollektiven gering als unter den Befragten des SOEP. Nicht ohne Einfluß dürfte sein, daß in unsere Klinik-Studie nur Frauen einbezogen wurden.

### 5.4.3 Einflußfaktoren auf die Lebenszufriedenheit

Um der Frage nach möglichen Einflüssen auf die Lebenszufriedenheit nachzugehen, wurden die Patientinnendaten unter Berücksichtigung verschiedener Unterkollektive (Ethnizität, Lebensalter, Art der Gesundheitsstörung – somatisch / eher funktionell, Schweregrad der Erkrankung) ausgewertet (Tab. 5.4.3).

Tab. 5.4.3: Einflußfaktoren auf die Zufriedenheitsbewertung

<i>Zufriedenheit mit dem aktuellen Leben im allgemeinen</i>	<i>Mittelwert</i>
deutsches Patientinnenkollektiv (n=314)	7,0
türkisches Patientinnenkollektiv (n=236)	6,6
alle Patientinnen < 30 Jahre alt (n=156)	7,1
alle Patientinnen 30-50 Jahre alt (n=272)	6,8
alle Patientinnen > 50 Jahre alt (n=112)	6,1
Pat. mit Schwangerschaftsstörungen (n=108)	7,2
Pat. mit gutartigen gyn. Erkrankungen (n=318)	6,7
Pat. mit bösartigen gyn. Erkrankungen (n=114)	6,4
Pat. mit somatischer Erkrankung (n=466)	6,8
Pat. mit eher funktionell bedingter Erkrankung (n=74)	6,5

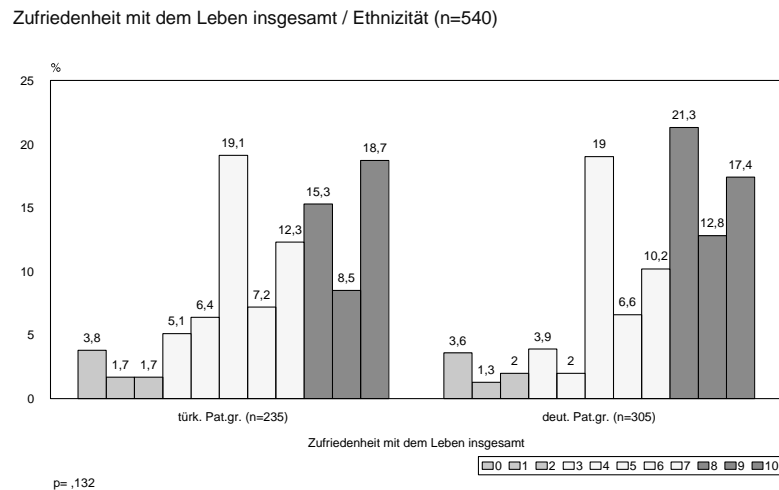
Auf Unterschiede der Mittelwerte im Hinblick auf die Ethnizität der Patientinnen wurde bereits hingewiesen. Bezüglich des Lebensalters zeigt sich eine größere Zufriedenheit der jüngeren gegenüber den älteren Patientinnen des Gesamtkollektivs. Ein in etwa dem Schweregrad der Erkrankung entsprechendes Absinken des Zufriedenheitsmittelwertes läßt sich nachweisen (Schwangerschaftsstörungen > gutartige > bösartige Erkrankungen).

Eine Analyse auf der Grundlage der Diagnosen-Zuordnung zu somatischen bzw. eher funktionell / psychosomatisch bedingten Erkrankungen zeigte einen geringfügig niedrigeren Wert der Zufriedenheit bei Patientinnen mit gynäkologischen Störungen ohne Organbefund.

Während sich die subjektive Lebenszufriedenheit beider Patientinnengruppen in einzelnen Bereichen zum Teil deutlich unterscheidet, gleicht sich dies in der Gesamtbewertung ihrer aktuellen Lebenssituation wieder aus. So bewerteten 68,2% der einheimischen Frauen und 62,1% der Migrantinnen ihr aktuelles Leben mehrheitlich als eher positiv. Es konnten zwar leichte Unterschiede zwischen den türkischen und

deutschen Patientinnen festgestellt, aber keine statistische Signifikanz im Vergleich der beiden ethnischen Gruppen nachgewiesen werden. Die folgende Grafik zeigt die einzelnen Bewertungen beider Patientinnenkollektive auf der 11stufigen Skala von 0 (,ganz und gar nicht zufrieden‘) bis 10 (,ganz und gar zufrieden‘) im Detail (Abb. 5.4.2).

Abb. 5.4.2



Deutlich unterscheidet sich das subjektive Befinden bei der gesonderten Betrachtung des Lebensalters der Patientinnen. Es zeigt sich, daß, anders als in anderen Studien, wo ältere Befragte etwas zufriedener als jüngere waren (Bulmahn 2000), nur 54,5% der über 50jährigen Patientinnen gegenüber 66,2% der 30- bis 50jährigen, aber 72,4% der unter 30jährigen Frauen ihre allgemeine Lebenssituation eher positiv bewerten ( $p < 0,05$ ), d. h. die älteren Frauen unzufriedener als die jüngeren waren. Auf der Grundlage von Mittelwerten der 11stufigen Skala differierten die Werte zwischen 6,1 in der Gruppe der älteren Patientinnen über 6,8 in der mittleren Altersgruppe und 7,1 im jüngeren Patientinnenkollektiv.

Betrachtet man die allgemeine Zufriedenheit der Frauen vor dem Hintergrund ihrer Erwerbslage und ihres Bildungsstandes, so lassen sich hier signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichskollektiven feststellen. Mit ihrer Lebenssituation ,eher zufrieden‘ sind in der unteren und mittleren Erwerbsgruppe ca. 69%, in der höheren Erwerbsgruppe jedoch fast 82%. Unter arbeitslosen und Hausfrauen liegt der Anteil bei ca. 63%.

Die subjektive Lebenszufriedenheit steigt graduell mit dem Bildungsgrad an. Nur 40,8% der Frauen, die nie eine Schule besucht haben, äußerten sich eher zufrieden

mit ihrer allgemeinen Lebenssituation gegenüber 77,2% der Frauen in der Gruppe mit den höchsten Bildungsabschlüssen. Diese Resultate werden durch Ergebnisse des siebenten Wohlfahrtssurvey 1998, der eine Stichprobenumfang von 3.042 Befragten hatte und von Infratest in Form computergestützter Interviews durchgeführt wurde, bestätigt (Bulmahn 2000, Böhnke 2000).

## **5.5 Migrationsspezifische Aspekte im türkischen Patientinnenkollektiv**

### **5.5.1 Die Heterogenität der ‚Türkin in der Migration‘**

Zur vergleichenden Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischer Patientinnen ist eine genauere Betrachtung des türkischen Patientinnenkollektivs erforderlich, da Einflußfaktoren auf die Gesundheit, wie z. B. soziale Ungleichheit, auch innerhalb dieser Migrantinnengruppe heterogen verteilt sind. Zusätzlich zu klassischen soziodemographischen Parametern wie Bildungsgrad und Sozialstatus haben hier auch Aspekte wie der Grad der Integration in die Aufnahmegesellschaft, die Kenntnisse der deutschen Sprache u. a. Einfluß. Da der seit fast 40 Jahren anhaltende Zuwanderungs- und Niederlassungsprozeß in Deutschland individuell recht unterschiedlich verlaufen sein kann, haben Faktoren wie Migrationsgründe, Alter bei der Einreise oder auch die Aufenthaltsdauer in Deutschland verschiedene Migrationstypologien hervorgebracht.

Anhand der Ergebnisse aus dem modifizierten und erweiterten Fragebogen zur Migration und Akkulturation (Günay u. Haag 1990) läßt sich ein genaueres Bild des türkischen Patientinnenkollektivs zeichnen. Darüber hinaus waren die Ergebnisse dieses Fragebogens Basis für die Bildung von entsprechenden Unterkollektiven in der türkischen Patientinnengruppe für die weitere Datenauswertung.

### **5.5.2 Akkulturationsgrad und Migrationsstatus**

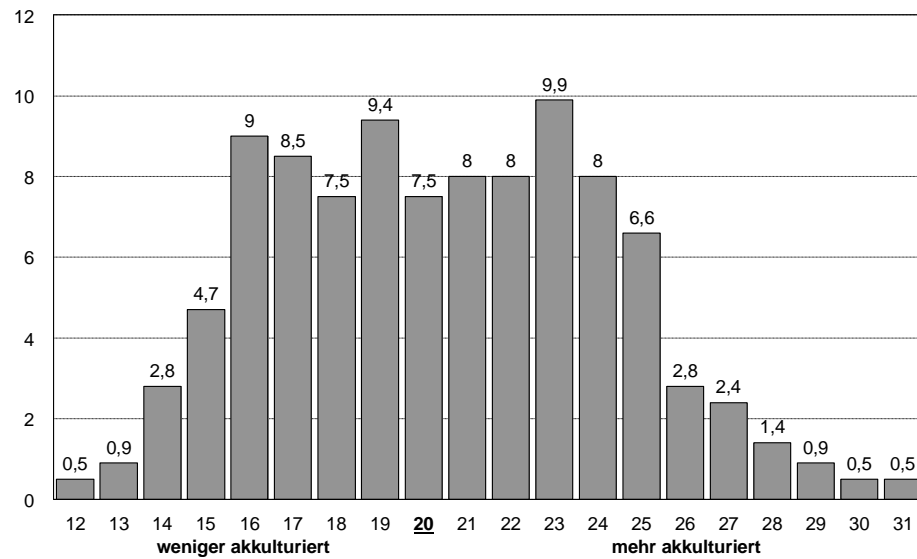
#### **5.5.2.1. Akkulturationsgrad**

Für die Auswertung der Daten zur Versorgungssituation in der Klinik wurde auf der Grundlage der migrationsspezifischen Variablen sowohl der Grad der Akkulturation als auch der Migrationsstatus der Frauen definiert. Grundlage für die Abschätzung des Akkulturationsgrades waren die Variablen deutsche Sprachkenntnisse, Kontakte außerhalb der Familie, Kontakte zu Deutschen, nationale Identität, Kontakte zum Herkunftsland, Rückkehrwünsche, bevorzugte Wohngegend, in der Familie (zumeist) gesprochene Sprache, bevorzugte Massenmedien und die Bewertung des Lebens in Deutschland (modif. Fragebogen nach Günay u. Haag 1990). Die Beantwortung der Fragen wurden mittels eines Scores (je Frage 1-3 Punkte) als weniger oder mehr akkulturiert bewertet. Die Abbildung 5.5.1 zeigt die Verteilung der im Untersuchungskollektiv auf einer Skala minimal (11 Punkte = wenig akkulturiert) und maximal (33 Punkte = stark akkulturiert) erreichten Punkte.



Abb. 5.5.1

Verteilung der Punkte für den Akkulturationsgrad im türkischen Patientinnenkollektiv in %  
(n=262)



Die Mehrheit der Patientinnen des türkischen Kollektivs lag mit im mittleren Spektrum zwischen 15 und 25 Punkten, während nur 9% mit weniger als 15 Punkten als sehr wenig akkulturiert und nur 8,5% mit mehr als 25 Punkten als stark akkulturiert bezeichnet werden könnten. Als Grenzwert wurde jedoch der Median (=20 Punkte) festgelegt, um nunmehr vereinfachend zwischen ‚mehr‘ ( $\geq 20$  Punkte) und ‚weniger akkulturierten‘ ( $< 20$  Pkt.) Frauen unterscheiden zu können.

Die Tabelle 5.5.1 schlüsselt für einige Fragestellungen die Verteilung von mehr oder weniger akkulturierten Migrantinnen z. T. im Sinne einer Rangliste auf.

Tab. 5.5.1: Gruppenzuordnung nach dem Akkulturationsgrad

	weniger akkulturierte Migrantinnen (%)	mehr akkulturierte Migrantinnen (%)
Erwerbsstatus - untere Erwerbsgruppe (p=0,000)	43,5	56,5
mittlere Erwerbsgruppe	7,1	92,9
höhere Erwerbsgruppe	0	100
Migrationsstatus - nachgezogenen Ehefr. (p=0,000)	89,5	10,5
1. Generation	68,2	31,8
2. Generation	26	74
gutes/sehr gutes Verständnis <i>mündlicher</i> Informationen und Aufklärung (p=0,000)	47,6	77,7
gutes/sehr gutes Verständnis <i>schriftlicher</i> Informationen und Aufklärung (p=0,076)	55,8	70,6
gute/sehr gute Verständigungsfähigkeit auf deutsch in der Klinik (Selbsteinschätzung) (p=0,000)	19,2	82,6
Interesse/starkes Interesse an den Vorgängen im eigenen Körper (p=0,007)	27,6	16
gute/sehr gute Kenntnisse über weibliche Körperfunktionen (Selbsteinschätzung) (p=0,236)	35,6	39,4

### 5.5.2.2 Migrationsstatus

Für eine detailliertere Betrachtung der türkischen Patientinnengruppe ist neben dem so definierten ‚Akkulturationsgrad‘ der Migrantinnen der ‚Migrationsstatus‘ eine wichtig Basisvariable. Eine allgemeingültige Festlegung der Migrationsgenerationen existiert jedoch bisher nicht (siehe Kapitel 2.2). Wir berücksichtigten für unsere empirisch begründete Definition das Alter bei der Einreise, den Einreisemodus und das aktuelle Lebensalter, um zur Bildung folgender vier Untergruppen zu kommen:

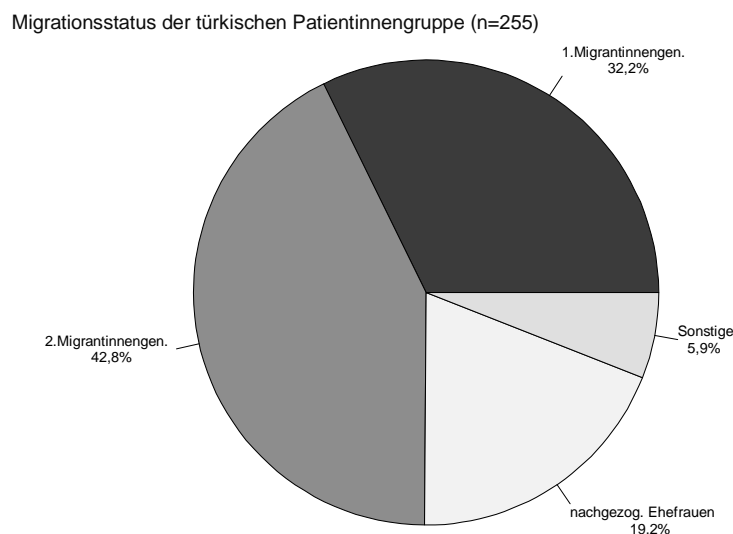
Tab. 5.5.2

1. Migrantinnengeneration	> 15 Jahre in Deutschland zum Ehemann gekommen (Familienzusammenführung) oder Arbeitsanwerbung
2. Migrantinnengeneration	< 15 Jahre bei Einreise nach Deutschland - mit oder zu den Eltern gekommen oder in Deutschland geboren
nachgezogene Ehefrauen	< 15 Jahre in Deutschland; zum Ehemann durch Heirat gekommen
sonstige	politische Flüchtlinge, Studentinnen, Besucherinnen

Die Gruppe der ‚sonstigen‘ Migrantinnen ist sehr heterogen zusammengesetzt und zahlenmäßig klein, so daß sie in der Datenauswertung zumeist nicht berücksichtigt wird.

Unter Berücksichtigung des Migrationsstatus der Frauen ergibt sich folgende Verteilung im türkischen Patientinnenkollektiv (Abb. 5.5.2 ):

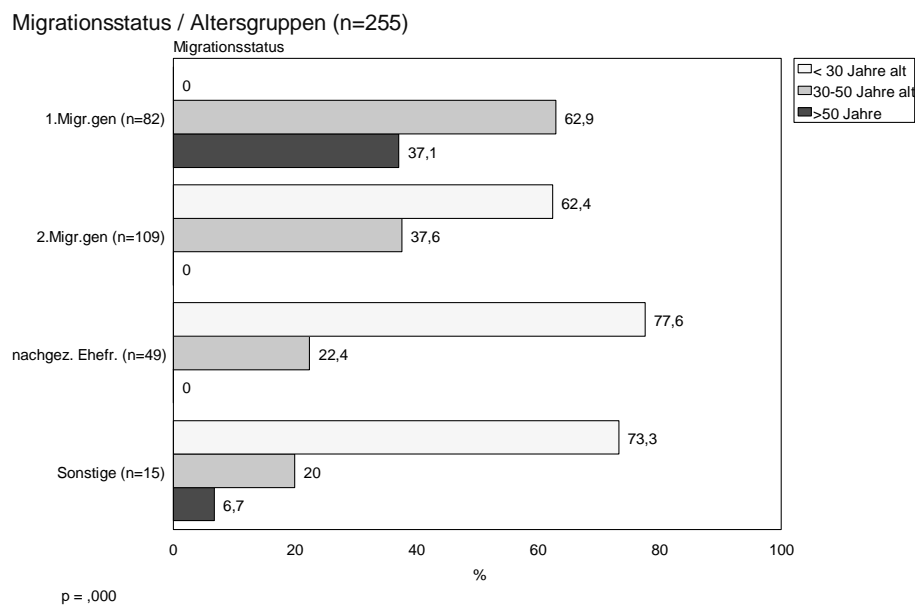
Abb. 5.5.2



Etwa ein Drittel der türkischen Patientinnen unseres Untersuchungskollektivs gehören der sogenannten ersten Migrantinnengeneration an, die entweder durch Anwerbung oder als Familienangehörige in den 70er oder 80er Jahren zu ihrem Ehemann nach Deutschland kamen und seit mehr als 15 Jahren hier leben. Die zweite Migrantinnengeneration, die in Deutschland geboren oder aufgewachsen ist, macht 42,8% der türkischen Patientinnengruppe aus. Etwa ein Fünftel der Patientinnen sind aus der Türkei im Rahmen einer Heirat mit einem Mann der zweiten Migrantengeneration zugezogene Ehefrauen.

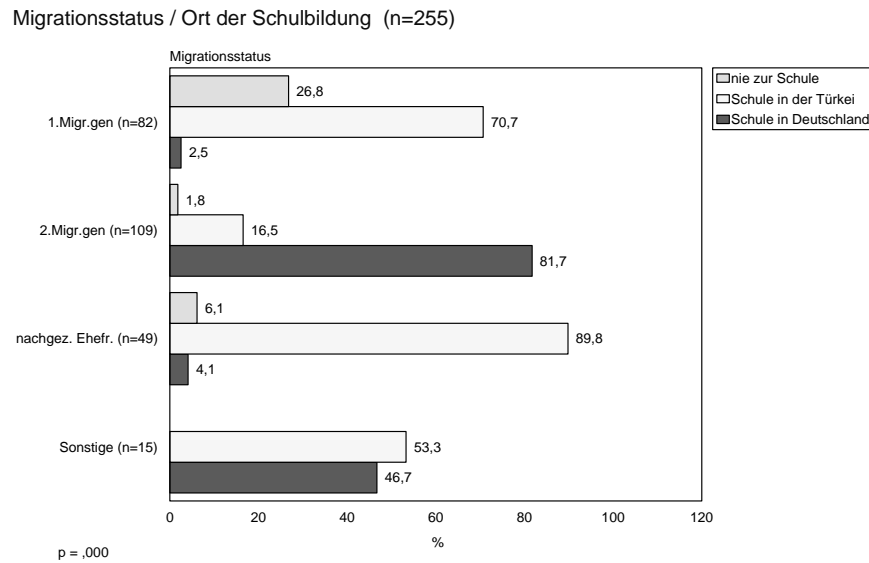
Die älteren Frauen sind erwartungsgemäß in der Regel Migrantinnen der ersten Generation. Die jüngeren Patientinnen sind Frauen, die in Deutschland geboren oder aufgewachsen sind, oder es handelt sich um nachgezogene Ehefrauen (Abb. 5.5.3).

Abb. 5.5.3



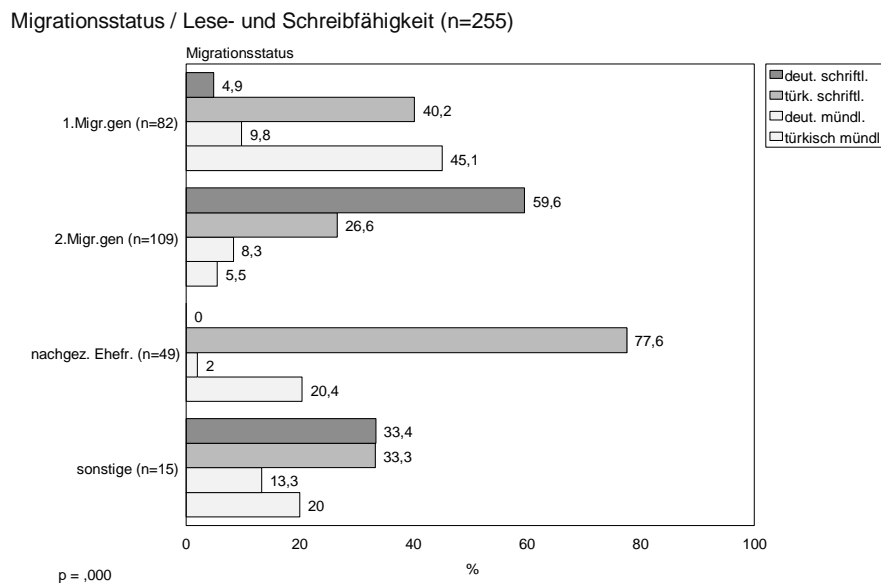
Der Anteil der türkischstämmigen Frauen, die nie eine Schule besucht haben, unterscheidet sich je nach Migrationsstatus und liegt bei der ersten Migrantinnengeneration bei etwa 27%. In der Gruppe der jüngeren aus der Türkei zugezogenen Ehefrauen beträgt er 6% (Abb. 5.5.4). Unter den jüngeren türkischen Patientinnen ist zwischen den Frauen zu unterscheiden, die als Migrantentöchter in der Regel die Schule in Deutschland besucht und abgeschlossen haben (81,7%) und neu zugezogenen Schwiegertöchtern bzw. Ehefrauen, die zu knapp 90% ihre Schulausbildung in der Türkei absolviert haben.

Abb. 5.5.4



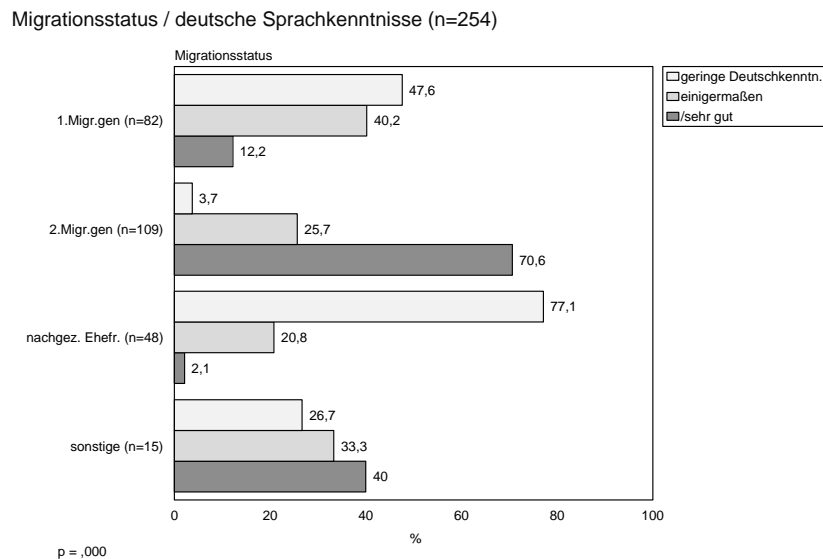
Das Land der Schulbildung bzw. ob überhaupt eine Schulausbildung vorhanden war, beeinflusste den Bearbeitungsmodus und die Präferenz für die türkische oder deutsche Sprachversion der Fragebögen wesentlich. Während über die Hälfte der Patientinnen der ersten Migrantinnengeneration (54,9%) den Fragebogen mündlich mit Unterstützung ausfüllten, waren es im Kollektiv der zugezogenen Ehefrauen 22,4% und in der zweiten Migrantinnengeneration 13,8%. Migrantinnen der ersten Generation und die zugezogenen Ehefrauen bevorzugten die türkische Sprachversion, während in der zweiten Generation der deutschsprachige Fragebogen vorgezogen wurde (Abb. 5.5.5).

Abb. 5.5.5



Der Ort der Schulbildung, die Aufenthaltsdauer in Deutschland und das Vorhandensein einer Schulausbildung wirken sich direkt auf die deutschen Sprachkenntnisse der Patientinnen aus. So geben 77,1% der zugezogenen Ehefrauen, 47,6% der ersten Migrantinnengeneration und 3,7% der zweiten Migrantinnengeneration an, geringe Deutschkenntnisse zu haben. In der Gruppe mit der höchsten Analphabetinnenrate, der ersten Migrantinnengeneration, finden sich trotz langjähriger Aufenthaltsdauer in Deutschland nur 12,2% Frauen, die ihre deutschen Sprachkenntnisse als ‚gut/sehr gut‘ einschätzten. Unter den nachgezogenen Ehefrauen ist der Anteil der gut/sehr gut deutsch sprechenden Frauen mit 2,1% noch niedriger (Abb. 5.5.6).

Abb. 5.5.6



Auffällig ist der hohe Anteil von 79,5% Hausfrauen bei den zugezogenen Ehefrauen, der in der Gruppe sonstige nur 46,7%, in der ersten Migrantinnengeneration 33,8 und in der zweiten 25% beträgt. Die mittlere und höhere Erwerbsgruppe erreicht in der Gruppe der zweiten Migrantinnengeneration mit 12,5% seinen höchsten Anteil.

Insgesamt liegt der Anteil der Erwerbstätigen in dieser Gruppe mit 36,6% noch vor dem in der ersten Migrantinnengeneration, wo er 31,1% erreicht. Insgesamt ist dies allerdings im Vergleich mit den deutschen Patientinnen, wo die Erwerbstätigen trotz der unterschiedlichen Altersstruktur 55,3% ausmachen, eine geringe Rate.

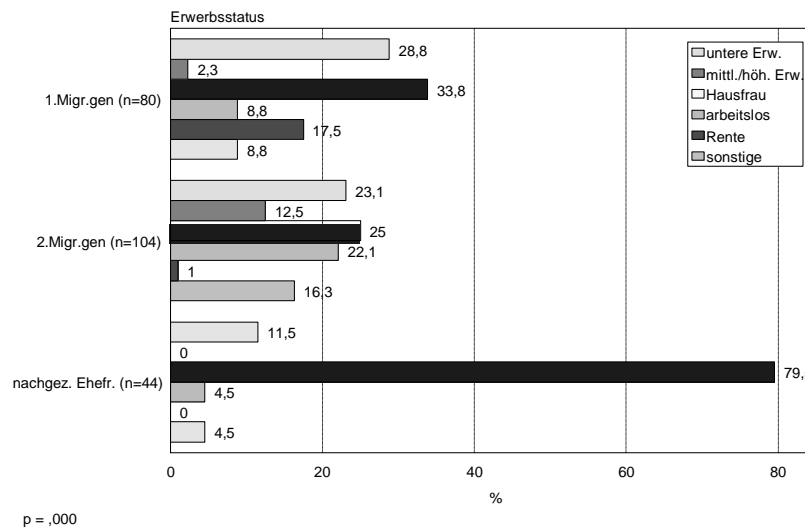
Die Einkommensquellen der nichterwerbstätigen Frauen unterscheiden sich bedingt durch ihren Migrationsstatus. Während zugezogene Ehefrauen überwiegend als Hausfrauen vom Einkommen ihrer Ehemänner leben, haben die Migrantinnen der

ersten bzw. zweiten Generation auf der Grundlage eigener Erwerbstätigkeit Ansprüche auf Renten bzw. Arbeitslosengeld erworben.

Der Anteil der arbeitslosen Frauen der zweiten Migrantinnengeneration ist mit 22,1% fast doppelt so hoch wie im deutschen Gesamtkollektiv (11,7%). Ein Grund dafür dürften ausländerrechtliche Bestimmungen sein, die die Erwerbstätigkeit des in Deutschland lebenden Partners bzw. der Partnerin zur Bedingung für die Familienzusammenführung machen und die Arbeitsaufnahme der zugezogenen Ehepartner in den ersten 5 Jahren des Aufenthalts verbieten bzw. einschränken. Die neu zugezogenen Ehefrauen haben so bedingt durch die Festlegung auf Familie und Hausarbeit nur eingeschränkte Spracherwerbs- und Integrationsmöglichkeiten.

Abb. 5.5.7

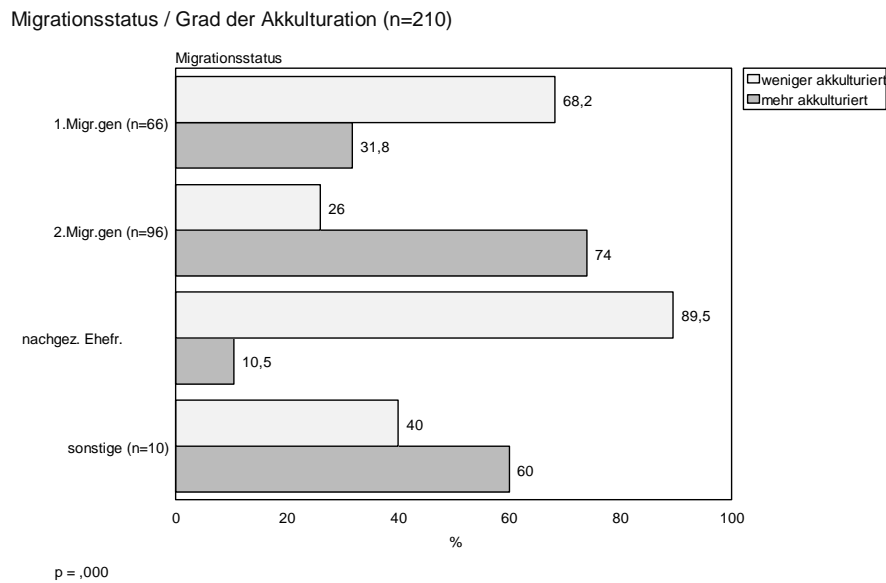
Migrationsstatus / Erwerbsstatus (n=243)



### 5.5.2.3 Beziehung zwischen Migrationsstatus und Akkulturationsgrad

74% der Patientinnen der zweiten Migrantinnengeneration, 31,8% der ersten Migrantinnengeneration und 10,5% der neu nachgezogenen Ehefrauen können der Kategorie ‚eher akkulturiert‘ zugeordnet werden (Abb. 5.5.8).

Abb. 5.5.8



Die Daten zeigen, daß sich soziale Lage und die Bildungssituation von Migrantinnen und einheimischen Frauen deutlich unterscheiden. Aber auch innerhalb des türkischen Kollektivs bestehen Unterschiede, wobei die Daten zeigen, daß für die zweite Migrantinnengeneration das Aufwachsen in Deutschland nicht immer gleichbedeutend mit dem Erreichen eines guten Bildungsniveaus ist.

### 5.5.3 Einreisealter und Aufenthaltsdauer

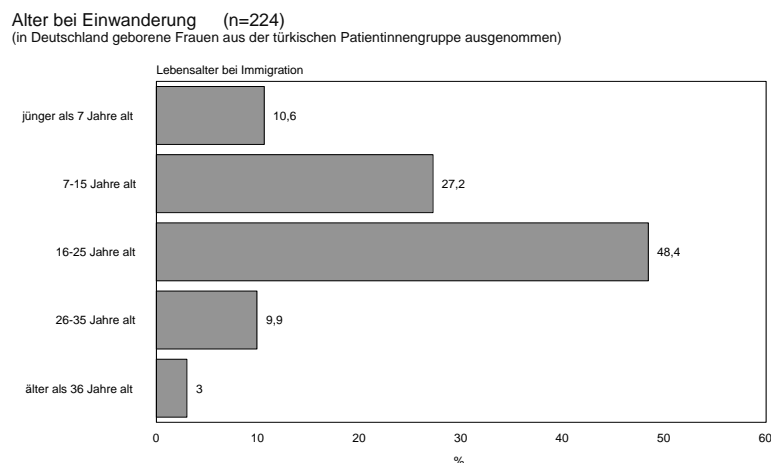
Zwei Drittel der befragten türkischstämmigen Patientinnen lebten zum Zeitpunkt der Studie seit mehr als 15 Jahren in Deutschland (Mittelwert 18 Jahre). Die Frauen reisten im Durchschnitt mit 17,9 Jahren nach Berlin bzw. Deutschland ein. Die Tabelle stellt die Verteilung der Aufenthaltsdauer in türkischen Gesamtpopulation in Berlin der in unserem Studienkollektiv gegenüber. Die unterschiedlichen Prozentsätze lassen sich z. B. dadurch erklären, daß länger in Deutschland lebende Migrantinnen inzwischen auch vom Lebensalter her zu den älteren Jahrgängen mit einer höheren Morbiditätsrate zählen und sich somit eher in einer Klinik finden lassen, als jüngere Frauen. Insbesondere die jüngeren nachgezogenen Ehefrauen halten sich ja zumeist erst relativ kurze Zeit in Berlin auf (Tab. 5.5.3).

Tab. 5.5.3: Aufenthaltsdauer türkischer Staatsangehöriger in Berlin zum 31.12.1997 (lt. Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik 1996/97 des Senats von Berlin) und im Studienkollektiv (in Jahren)

Aufenthalts- dauer (in Jahren)	Türkische Staatsangehörige in Berlin (n=96.601) -absolute Zahlen -	- in % -	Türkischstämmige Patientinnen der Studie (n= 248) - in % -
< 5	20.563	21,3	11,9
5-10	16.799	17,4	15,4
10-20	27.409	28,4	26,9
> 20	31.830	32,9	45,8

Fast die Hälfte der befragten Frauen ist in der Lebensphase zwischen 16-25 Jahren, also als junge Erwachsene, immigriert. Nur etwas mehr als ein Zehntel der Frauen waren bei der Einwanderung älter als 26 Jahre (Abb. 5.5.9).

Abb. 5.5.9



#### 5.5.4 Herkunftsregionen

14,2% der befragten türkischstämmigen Patientinnen in der Stichprobe wurden in Berlin bzw. einer anderen deutschen Stadt geboren (Abb. 5.5.10). Unter allen 137.111 in Berlin lebenden türkischen Staatsangehörigen sind 40.500, d. h. 29,5%, hier geboren (lt. Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik 1996/97 des Senats von Berlin).

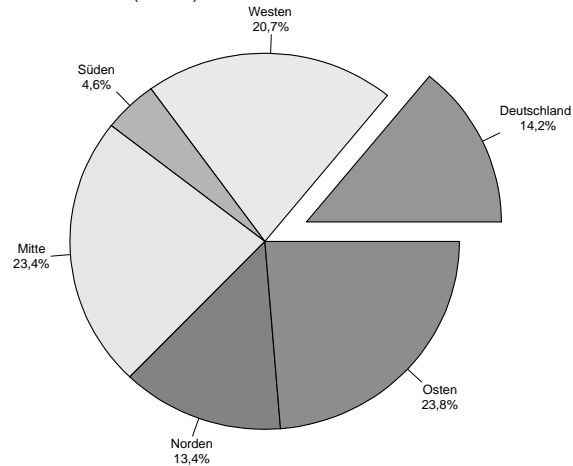
Für die in der Türkei geborenen Frauen sollen die verschiedenen Herkunftsregionen innerhalb der Türkei näher aufgeschlüsselt werden, da innerhalb der Türkei sehr unterschiedliche Lebensbedingungen existieren, die durch ein starkes Ost-West-Gefälle



mit infrastruktureller Unterentwicklung des Ostens auch im Hinblick auf das Bildungs- und Gesundheitswesen charakterisiert sind.

Abb. 5.5.10

Herkunftsgebiete der türkischsprachigen Patientinnen nach geographischen Regionen in der Türkei bzw. Deutschland/Berlin (n=261)

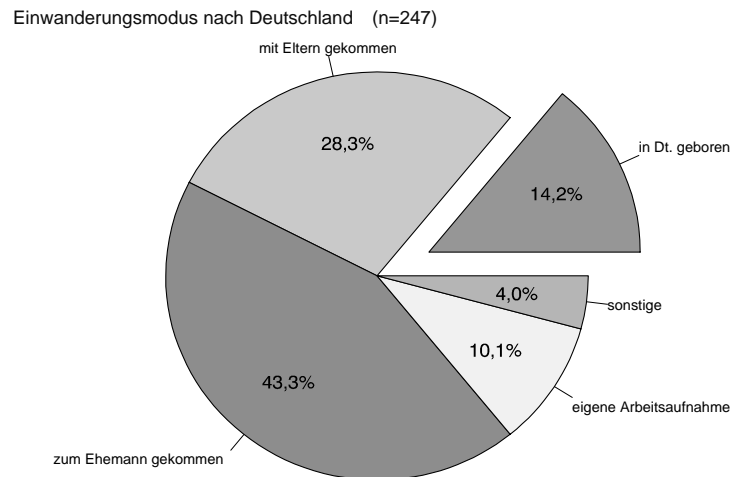


Drei der jüngeren Frauen im türkischen Kollektiv waren im europäischen Ausland (Frankreich, Österreich, Niederlande) in einer Migrantenfamilie aufgewachsen und nach der Eheschließung mit einem in Deutschland lebenden Partner nach Berlin gekommen.

### 5.5.5 Einwanderungsmodus

28,3% der befragten Türkinnen kamen als Kinder mit oder zu ihren Eltern nach Berlin. 10,1% der Patientinnen wurden in den frühen 70er Jahren selbst als Arbeitskräfte angeworben. Die größte Gruppe der Frauen kam im Rahmen der Familienzusammenführung zu ihrem Ehemann (Abb. 5.5.11).

Abb. 5.5.11

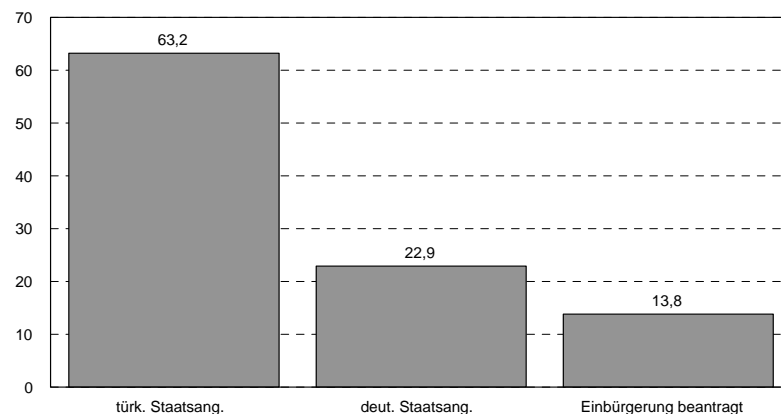


### 5.5.6 Staatsangehörigkeit der türkischstämmigen Patientinnen

Auch hinsichtlich der Staatsangehörigkeit zeigen sich Differenzen im türkischen Kollektiv, denn 22,9% der Patientinnen dieser Gruppe sind deutsche Staatsbürgerinnen (geworden). Weitere 13,8% gaben an, sich derzeit in einem Einbürgerungsverfahren zu befinden.

Abb. 5.5.12

Staatsangehörigkeit(en) in der "türkischen Patientinnengruppe" (n = 262)



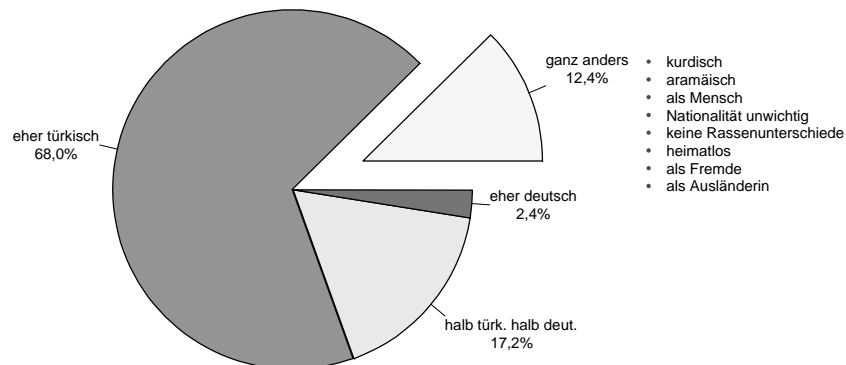
### 5.5.7 Ethnische Selbstidentifizierung

Ein relativ weit gefächertes Antwortbild zeigt sich auf die Frage nach der eigenen ethnischen Identifikation in der Gruppe. Während 68% der türkischen Patientinnengruppe sich eindeutig als Türiinnen definierten und die Antwortmöglichkeit ,Ich

fühle mich türkisch‘ wählten, bezeichneten sich 17,2% als ‚halb deutsch, halb türkisch‘. Für eine freie, von den Vorgaben abweichende Antwortmöglichkeit entschieden sich 12,4% der Frauen. Die Mehrheit dieser Frauen gehört der kurdischen Bevölkerungsgruppe an (Abb 5.5.13).

Abb. 5.5.13

Eigene ethnische Identifikation der Patientinnen der "türkischen Gruppe" (n=262)



Signifikante Unterschiede bezüglich der eigenen Identifikation ergeben sich bei der genaueren Betrachtung in den unterschiedlichen Altersgruppen. So liegt der Anteil der Patientinnen, die sich eher als Türkin bezeichnen, in der Altersgruppe der unter 30jährigen bei 67%, in der Gruppe der 30- bis 50jährigen bei 65% und in der Gruppe der über 50jährigen bei 82,8% der befragten türkischstämmigen Frauen. Die meisten Frauen, die sich als ‚ganz anders‘ definierten, waren mit 19% in der Gruppe der 30- bis 50jährigen zu finden.

### 5.5.8 Lese- und Schreibfähigkeit der Migrantinnen

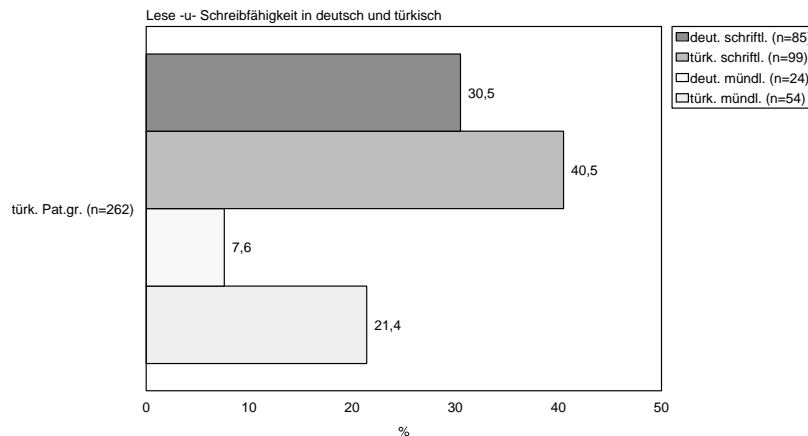
Auch in bezug auf die deutschen Sprachkenntnisse zeichnet sich das türkische Patientinnenkollektiv durch Heterogenität aus. Anhand der von den Patientinnen gewählten sprachlichen Version des Fragebogens (deutsch oder türkisch) und des mündlichen bzw. schriftlichen Bearbeitungsmodus wurden Rückschlüsse über Sprachpräferenz und sichere Sprachkompetenz sowie Lese- und Schreibfähigkeit in der einen oder anderen Sprache gezogen.

Während verständlicherweise alle deutschen Patientinnen die deutschsprachige Fragebogenversion wählten, entschieden sich im türkischen Patientinnenkollektiv 38,6 % für die deutsche und 61,4 % für die türkischsprachige Fassung, was Hinweise auf die unterschiedliche Sprachkompetenz im türkischen Kollektiv gibt.

Die folgende Grafik zeigt die Verteilung der Lese- und Schreibfähigkeit und die Sprachpräferenz bei der Bearbeitung der Fragebögen im türkischen Patientinnenkollektiv (Abb 5.5.14).

Abb. 5.5.14

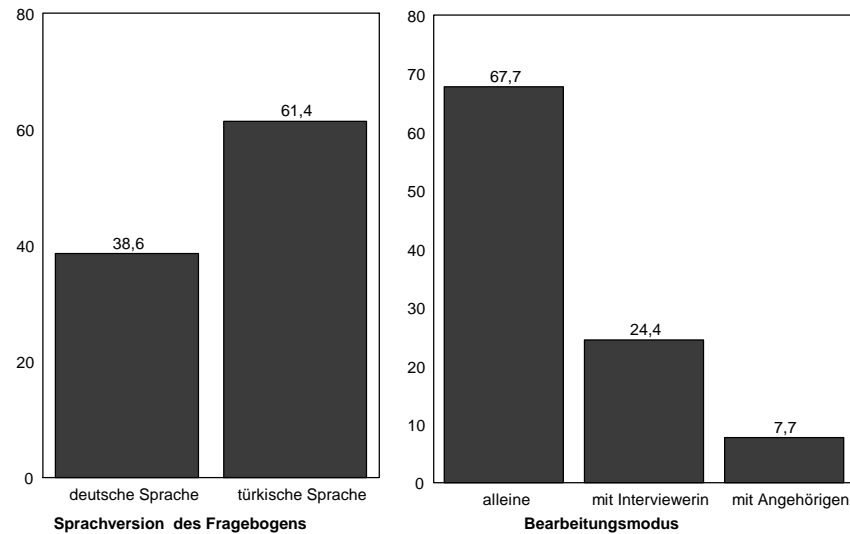
Lese - und Schreibfähigkeit in deutsch und türkisch in der türkischen Patientinnengruppe (n=262)



Der Anteil der Patientinnen mit begrenzten Lese- und Schreibkenntnissen betrug im türkischen Patientinnenkollektiv etwa 30%, während im deutschen Vergleichskollektiv nur 4 von 320 Patientinnen eine Hilfe beim Ausfüllen des 30seitigen Fragebogenpakets benötigten. Drei Viertel dieser türkischen und alle betreffenden deutschen Patientinnen wurden bei der schriftlichen Bearbeitung der Fragebögen von Projektmitarbeitern unterstützt, bei den restlichen befragten Migrantinnen übernahmen Angehörige (erwachsene Töchter/Ehemänner usw.) die lese- und schreibtechnische Unterstützung bei der Befragung. Die Abbildung gibt einen Überblick über den Bearbeitungsmodus und die Verteilung der Sprachpräferenz im türkischen Kollektiv (Abb. 5.5.15).

Abb. 5.5.15

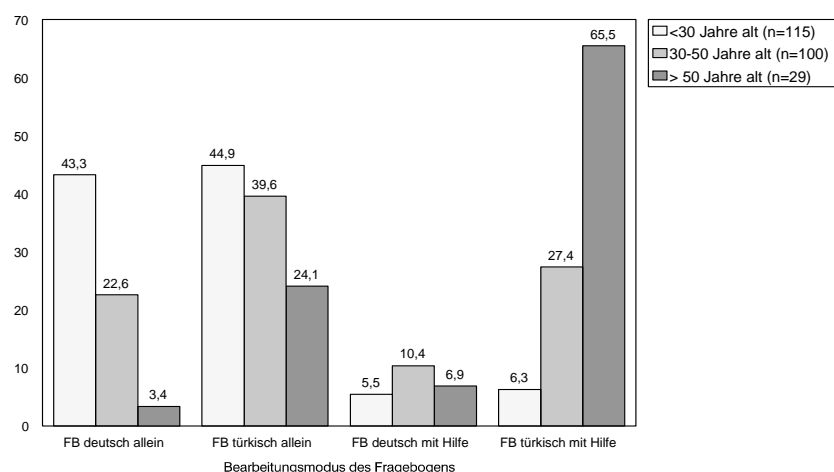
Bearbeitungsmodus und sprachliche Version des Fragebogens in der türkischen Patientinnengruppe (n= 262)



Auffällig war, daß 7,6% dieser Gruppe die mündliche Befragung in deutscher Sprache bevorzugte. Es handelte sich hierbei vorwiegend um Angehörige ethnischer Minderheiten aus der Türkei, die lange in Berlin leben und neben ihrer Muttersprache besser deutsch als türkisch beherrschen, aber auch um einige junge Frauen, die in Deutschland aufgewachsen und zur Schule gegangen sind, aber hinsichtlich ihrer Alphabetisierung offenbar durch die Lücken des hiesigen Bildungssystems ‚gerutscht‘ sind (Abb. 5.5.16).

Abb. 5.5.16

Les- und Schreibfähigkeit in deutscher und türkischer Sprache / Altersgruppen (n=262)



p = ,000

Der Anteil der Halb- oder Analphabetinnen in der jüngeren Altersgruppe unter 30 Jahren (u. a. nachgezogene Ehefrauen) liegt bei knapp 12%, steigt in der mittleren Altersgruppe an und erreicht unter den über 50jährigen Frauen einen Anteil von 72,4%. Bei diesen Zahlen sind die Frauen, die den Fragebogen mündlich in deutscher oder türkischer Sprache beantwortet haben, zusammengefaßt.

Die Entwicklung der Alphabetisierungsquote in der Türkei in den vergangenen 50 Jahren zeigt bei Frauen einen wesentlich geringeren Anteil an Lese- und Schreibkundigen als bei den Männern, aber auch eine kontinuierliche Steigerung des Alphabetisierungsgrades (Tab. 5.5.4). Vor diesem Hintergrund läßt sich einerseits verstehen, warum unter den Analphabetinnen mehr ältere Frauen sind, andererseits zeigt sich aber auch, daß Analphabetismus auch in den 90er Jahren in der Türkei nicht ganz selten ist und daß sich so z. B. entsprechende Probleme bei den nachgezogenen Ehefrauen erklären lassen.

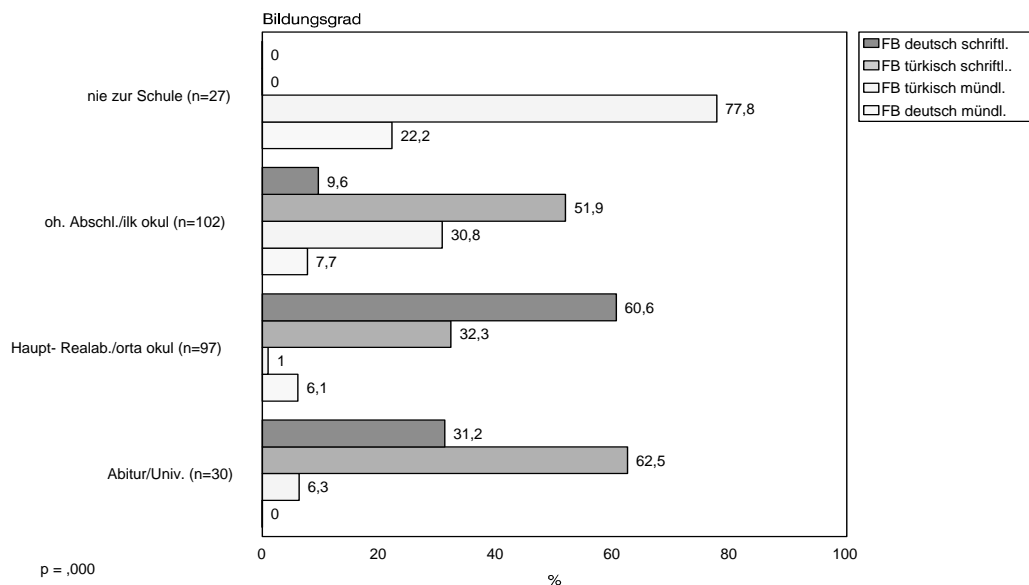
Tab. 5.5.4: Entwicklung der Alphabetisierungsquote in der Türkei (1940-1990); (in %)  
Quelle: DIE (1994) Istatistik Göstergeler 1923 - 1992

Jahr	Frauen	Männer	Insgesamt
1940	12,9	36,2	24,5
1950	19,4	45,5	32,5
1960	24,8	53,6	39,5
1970	41,8	70,3	56,2
1980	54,7	80,0	67,5
1990	72,0	88,8	80,5

Betrachtet man die Lese- und Schreibfähigkeit der Patientinnen im Zusammenhang mit ihrem Bildungsgrad (Abb. 5.5.17), so zeigt sich, daß alle Frauen, die nie eine Schule besucht haben, Hilfe beim Ausfüllen der Fragebögen benötigten.

Abb. 5.5.17

Lese- und Schreibfähigkeit in deutscher und türkischer Sprache / Bildungsgrad (n=256)



Der jeweils ca. 6%ige Anteil an Patientinnen, die einen Schulabschluß angaben, den Fragebogen aber nicht alleine ausfüllten, überrascht, kann aber damit erklärt werden, daß in einzelnen Fällen die Bereitschaft an der Studie teilzunehmen durch das Angebot der mündlichen Abfrage – und damit dem Angebot zu einer direkten persönlichen Kommunikation – erhöht werden konnte.

### 5.5.9 Deutsche Sprachkenntnisse

Deutsche Sprachkenntnisse, die Mediennutzung und das Freizeitverhalten von Zuwanderern lassen Rückschlüsse auf Fortschritte beim Integrationsprozeß zu. Gleichzeitig haben deutsche Sprachkenntnisse eine Schlüsselrolle als Zugangsvoraussetzung zu Bildungschancen, zum Arbeitsmarkt und nicht zuletzt zu den Einrichtungen und Angeboten des Gesundheitswesens. Kenntnisse der deutschen Sprache stellen für die ausländische Bevölkerung also einen der wichtigsten Faktoren zur Integration in die deutsche Gesellschaft dar. Für eine Messung von Sprachkenntnissen gibt es jedoch keinen allgemeingültigen Indikator, der objektiv feststellt, wie gut oder schlecht jemand die deutsche Sprache beherrscht. Sprachkenntnisse werden deshalb mittels Selbsteinschätzung der Migranten ermittelt (Mehrländer 1996).

Gemessen am subjektiven Eindruck hat die Fähigkeit der Ausländer, Deutsch zu sprechen, in den letzten Jahren zugenommen, und zwar am stärksten bei der türkischen Bevölkerung. Der 1985 noch feststellbare Rückstand der türkischen Frauen

gegenüber den türkischen Männern war 1995 weitgehend ausgeglichen (Mehrländer et al. 1996).

Die nachfolgende Tabelle zeigt Angaben der ‚Repräsentativuntersuchung 1995‘ zur Situation ausländischer Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland (Tab. 5.5.5).

Tab. 5.5.5: Selbsteinschätzung deutsche Sprachkenntnisse türkischer Frauen 1995 in %

sehr gut	gut	mittel	schlecht	sehr schlecht	kein Deutsch
20,1	25,3	22,9	18,5	11,2	2,0

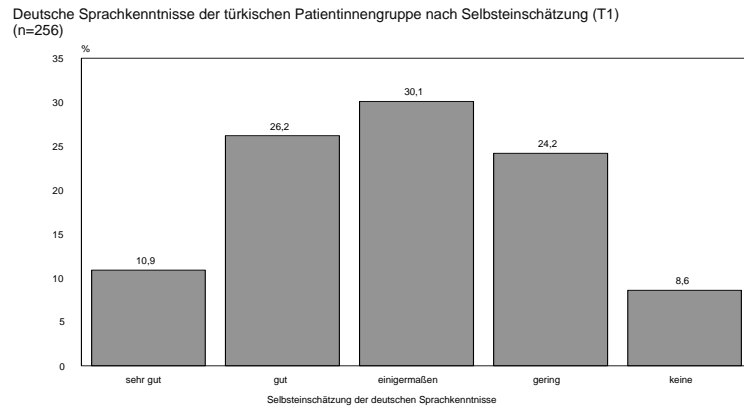
In dieser Untersuchung wurde festgestellt, daß die guten/sehr guten Sprachkenntnisse mit zunehmendem Lebensalter seltener werden (Befragte bis 24 J.: 62,2% / Befragte ab 45 J.: 21,4%). Auch ein statistisch nachweisbarer Zusammenhang mit der insgesamt gestiegenen Aufenthaltsdauer ist nachweisbar: Bei Ausländern, die 15 Jahre und länger in Deutschland leben oder hier geboren sind, gaben nur 8-9% an, schlechte bis gar keine Deutschkenntnisse zu haben. Ein Ausnahme bildeten nur die türkischen Migranten, bei denen mit 16% der 15 Jahre und länger in Deutschland Lebenden der Anteil derer mit ungenügenden Kenntnissen der deutschen Sprache fast doppelt so hoch wie bei anderen Nationalitäten ist. Mehrländer et al. (1996) konstatieren, daß der Anteil jener, die offensichtlich keinen Zugang zur deutschen Sprache finden, beim türkischen Bevölkerungsanteil überdurchschnittlich groß ist.

Auch in unserem Studienkollektiv türkischstämmiger Frauen sollte der Einfluß verschiedener Faktoren wie Aufenthaltsdauer in Deutschland, Einwanderungsmodus, Lebensalter bei der Zuwanderung, aber auch Aspekte wie der Grad der Integration in das Ausbildungs- und Erwerbssystem des Einwanderungslandes und Kontakte zur Mehrheitsbevölkerung auf die Entwicklung der deutschen Sprachkenntnisse der Frauen untersucht werden.

Grundlage der Selbsteinschätzung der deutschen Sprachkenntnisse durch die Patientinnen war eine fünfstufige Skala. Etwa ein gutes Drittel der türkischstämmigen Patientinnen schätzten ihre deutschen Sprachkenntnisse als ‚gut / sehr gut‘ ein, ein weiteres Drittel als ‚einigermaßen gut‘ (Abb. 5.5.18). Die Daten entsprechen damit in etwa denen aus der ‚Repräsentativbefragung 1995‘.

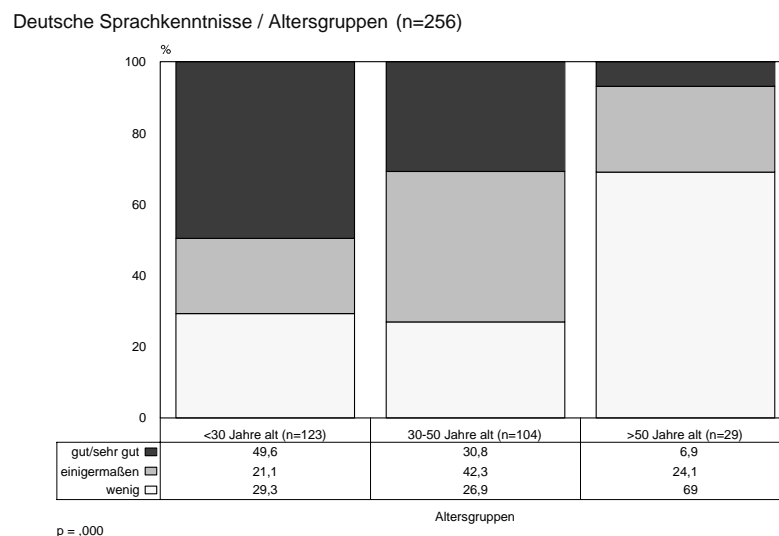


Abb. 5.5.18



Eine detailliertere Analyse auf der Grundlage soziodemographischer Faktoren ermöglichte eine genauere Identifikation der Patientinnengruppen, die (nach eigener Einschätzung) über bessere bzw. geringere deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Signifikante Unterschiede zeigten sich z. B. bezüglich des Lebensalters der Patientinnen, wobei die Gruppe der unter 30jährigen mit fast 50% ihre Sprachkenntnisse am häufigsten als gut bzw. sehr gut bewertete (Abb. 5.5.19).

Abb. 5.5.19



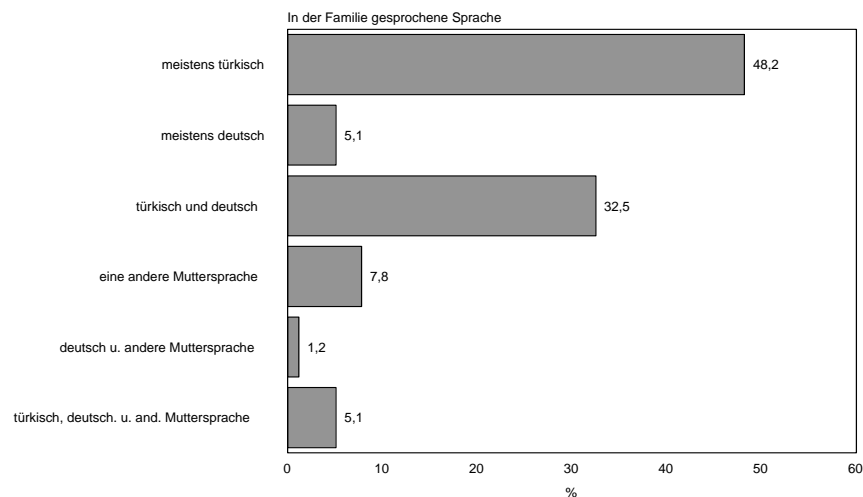
Für den Erwerb der deutschen Sprache kommt dem Einwanderungsmodus der Frauen offenbar eine besondere Bedeutung zu. Deutliche Unterschiede bezüglich einer guten bzw. sehr guten Sprachkompetenz zeigen in qualitativer Abstufung zwischen Frauen, die in Deutschland geboren wurden (87,5%), als Kind zu ihren Eltern eingereist sind (64,2%) oder selbst zur Erwerbsarbeit angeworben wurden (21,8%) und Frauen, die zu ihrem Ehemann nach Deutschland kamen (5,7%). In der letztgenannten Gruppe ist die Anzahl der Frauen, die nur über geringe deutsche Sprachkenntnis-

se verfügen mit 67% am größten. Es handelt sich hier allerdings sowohl um ältere Frauen der ersten Migrantinnengeneration als auch um neu aus der Türkei zugezogene jüngere Ehefrauen der Migranten der zweiten Generation.

Angesichts der recht unterschiedlichen Beherrschung der deutschen Sprache innerhalb der Gruppe der befragten türkischen Patientinnen wurde im Teil ‚Migration / Akkulturation‘ des Fragebogens auch nach der in der Familie gesprochenen Sprache gefragt. Fast die Hälfte der türkischen Patientinnen an, zu Hause meistens türkisch zu sprechen (Abb. 5.5.20).

Abb. 5.5.20

In der Familie gesprochene Sprache (n=255)

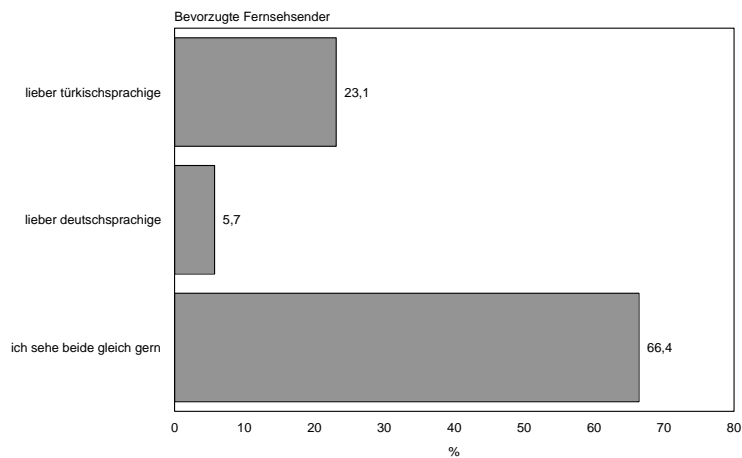


#### 5.5.10 Medienpräferenzen

Der Empfang türkischer Radio- und Fernsehsender über Satellit ist in fast jedem türkischen Migrantenhaushalt in Berlin inzwischen möglich und üblich. Auf die Frage, welche Sender bevorzugt gesehen werden, gab der überwiegende Teil der Patientinnen (66,4%) an, sowohl deutsch- als auch türkischsprachige Sendungen zu sehen (Abb. 5.5.21).

Abb. 5.5.21

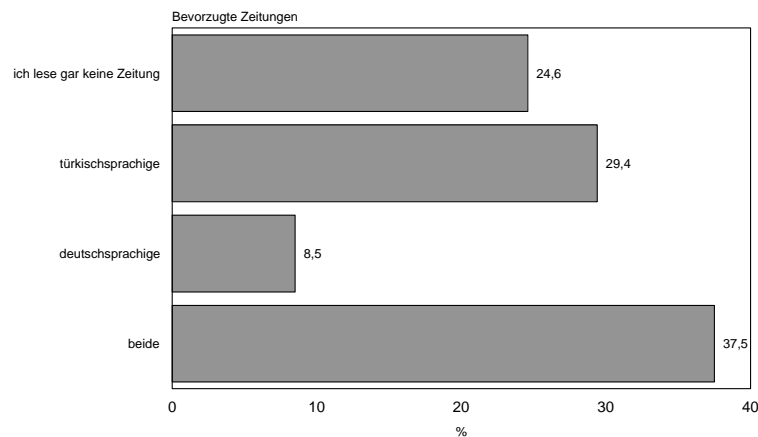
Bevorzugte Fernsehsender (n=247)



Im Hinblick auf Zeitungen und Zeitschriften zeigt sich ein etwas anderes Bild, wobei zunächst auffällt, daß 24,6% der Frauen keine Zeitungen lesen (können/wollen). Die Zeitungsleserinnen unter den Patientinnen (37,5% ) gab an, sowohl deutsche als auch türkische Zeitungen zu nutzen (Abb. 5.5.22).

Abb. 5.5.22

Lesegewohnheiten bzgl. Zeitungen (n=248)



Ein Untersuchung des Zentrums für Türkeistudien Essen ergab ebenfalls, daß 38% der Befragten sowohl türkische als auch deutsche Zeitungen lesen und nur wenige (6,4%) sich ausschließlich in deutschen Zeitungen informieren (Eryilmaz u. Jamin 1998).

## 5.6 Basiswissen und Informiertheit

### 5.6.1 Problembeschreibung

Bei Arztbesuchen während einer Schwangerschaft oder im Falle einer gynäkologischen Erkrankung werden im Arzt-Patientin-Gespräch von seiten des Arztes oftmals Basiskenntnisse der Patientinnen über den weiblichen Körper, die Genitalorgane und ihre Funktionen vorausgesetzt, ohne daß immer der reale individuelle Wissensumfang der Patientin bekannt ist. Dieses ‚Basiswissen‘ ist Voraussetzung für das Gelingen des Arzt-Patientin-Gesprächs, für die Therapie-Compliance, die Krankheitsbewältigung, aber auch für die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen.

Bei Informations- und Aufklärungsgesprächen mit Migrantinnen beispielsweise türkischer Herkunft ergeben sich oft Probleme auf Grund mangelnder Sprachkenntnisse, z. T. ungenügender Schulbildung sowie vor dem Hintergrund der islamischen Religion durch die stark scham- und tabubesetzten gynäkologischen Themen.

Eine rechtswirksame Einwilligung zu einer Operationen oder in bestimmte diagnostische Maßnahmen während eines stationären Aufenthalts durch eine Patientin ist eigentlich erst dann gegeben, wenn die medizinische Aufklärung sich in Umfang und Tiefe am individuellen Kenntnisstand der Patientin orientiert und die Behandlungsmaßnahmen nach einer ausreichenden Erklärung für sie nachvollziehbar werden. Dazu müßte dieser Wissensstand aber bekannt sein. Das präoperative bzw. -therapeutische Informations- und Aufklärungsgespräch sollte die immer bestehende Kluft zwischen Laien- und professionellem Wissen überwinden.

Die Arzt-Patienten-Interaktion wird dabei sehr von der Art und Weise der Kommunikationsstruktur abhängig (Tab. 5.6.1).

Tab. 5.6.1: Unterschiedliche Konstellation beim Aufklärungsgespräch (modif. nach Schlömer-Doll u. Doll 2000)

	<i>Arzt</i>	<i>Patient</i>
Situation	Arbeitssituation	Ängste, Unsicherheit, fremde Umgebung
Wissen	Expertenwissen	Laienwissen
Rolle	aktiv	eher passiv
Gefühle	kontrolliert	Gefühlschaos
Spielraum	eng	weit

Ängste von Patienten aufgrund falscher Vorstellungen über ihre Erkrankung, einen bevorstehenden Eingriff oder dessen Folgen können sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken. Das ärztliche Aufklärungsgespräch hat neben dem wichtigen rechtlichen Aspekt wesentliche psychologische Funktionen, in dem neben der bloßen Information über Diagnose und/oder Eingriff auch damit verbundene Befürchtungen und deren Verarbeitung angesprochen werden können.

Natürlich ist es für den Arzt auch interessant zu erfahren, wieviele seiner Informationen bei Patienten angekommen und haften geblieben sind, ob es also nach ärztlicher Aufklärung eine Wissenszunahme gibt und welche Faktoren diesen Prozeß beeinflussen.

Deshalb wird nachfolgend im Anschluß an einige allgemeine Bemerkungen zur Kommunikation auf die Aspekte ‚Information und Sprache‘, ‚Basiswissen‘ und ‚Patientinnenwissen vor und nach ärztlicher Aufklärung‘ eingegangen.

### **5.6.2 Kommunikation**

Alles Verhalten ist Kommunikation. – Kommunikation findet als Vorgang immer dann statt, wenn Menschen in einer Beziehung stehen bzw. sich etwas mitteilen. Diese Mitteilung geschieht vor allem durch Sprache oder aber – bewußt eingesetzt oder unbewußt – als nonverbale Kommunikation (Körpersprache) (Kellenhauer u. Schewior-Popp 1999).

Der Zweck jeglicher Kommunikation besteht in drei Funktionen: Überleben, zwischenmenschliche Beziehung herstellen oder aufrechterhalten, Informationen erlangen bzw. austauschen. Der Kommunikationsprozeß eines Menschen wird beeinflusst durch physische Faktoren (Hören, Sehen, Sprechen, Lesen, Schreiben, Gestik), psychische Faktoren (Intelligenz, Selbstvertrauen, Selbstachtung, Stimmungslage, Fähigkeit ein Gespräch zu beginnen), soziokulturelle Faktoren (Muttersprache, Dialekt, Wortschatz, persönliche Entscheidung, Verhaltensmuster), Umgebungsfaktoren (Art, Größe des Raumes, Anordnung der Stühle, Hintergrundgeräusche) u. a.

Als interkulturelle Kommunikation werden Prozesse bezeichnet, die ablaufen, wenn Menschen verschiedener Kulturen sich begegnen. Maletzke (1993) spricht von interkultureller Interaktion bzw. Kommunikation, wenn die Begegnungspartner verschie-

denen Kulturen angehören und sich der Tatsache bewußt sind, daß der jeweils andere anders ist, man sich also wechselseitig als ‚fremd‘ erlebt.

Naumann (1993) verweist darauf, daß sich Sprachprobleme z. B. zwischen deutschsprachigem Klinikpersonal und Migrantinnen verschärfen können, wenn die kulturelle Differenz auch im Bereiche der nonverbalen Kommunikation zutrifft, d. h. wenn bestimmte Gesten oder Körperhaltungen anders verwendet werden. Die größten Kommunikationsprobleme ergeben sich jedoch seiner Meinung nach aus dem unterschiedlichen tradierten Hintergrundwissen von Angehörigen verschiedener Kulturen, wobei unter Hintergrundwissen ein Ensemble von Werten, Normen, Überzeugungen und von kulturspezifischen Informationen, das jedes Individuum in früher Kindheit gleichzeitig mit dem Spracherwerb aus seiner unmittelbaren Umgebung aufgenommen hat, verstanden wird.

Dieses Hintergrundwissen wird nie als Ganzes in Frage gestellt oder durch ein anderes ersetzt und erscheint als selbstverständliches Vorwissen jeder weiteren Erfahrung und ihrer Interpretation. Angehörige der gleichen Kultur können deshalb relativ problemlos miteinander kommunizieren, weil sie das gleiche Hintergrundwissen und einen entsprechend vorgegebenen Interpretationsrahmen haben (Naumann 1993).

Von einem Arzt wird neben der fachlichen auch eine kommunikative Kompetenz erwartet. Deren Wertigkeit ist jedoch im ambulanten und stationären Bereich offenbar verschieden. Wasem (1999) fand bei einer Repräsentativbefragung von fast 2.200 Bürgern in der Bundesrepublik, daß es nach Einschätzung der Patienten im Krankenhaus in erster Linie auf qualifizierte Medizin ankommt. Fachkompetenz und technische Ausrüstung werden überwiegend positiv bewertet. Andererseits betont Oksaar (1995) in der Auswertung einer Langzeitstudie, die u. a. 2.000 Patienteninterviews verschiedener Altersgruppen beinhaltete, daß sich aus der Sicht der Patienten am häufigsten Schwierigkeiten aus einem Informationsmangel und mangelhafter Verständigung zwischen niedergelassenem Arzt und Patient ergeben. 90% der Befragten gaben an, der Arzt habe zu wenig Zeit, 80% er höre nicht genügend zu, mache unverständliche Aussagen, 70% nahmen an, daß der Arzt ihn als Patienten nicht ernst nehme, 60% der Patienten hatten den Eindruck, daß ihnen nicht alles Wichtige gesagt worden sei. Der Autor merkt aber auch an, daß sich Kommunikationsprobleme auch daraus ergeben können, daß u. U. der Patient nicht über alles reden will, es

nicht wagt oder ihm die richtigen Worte oder Ausdrücke fehlen oder daraus, daß der Arzt die (Umgangs-) Sprache des Patienten nicht versteht (Oksaar 1995).

### **5.6.3 Information und Sprache**

Probleme bei der sprachlichen Verständigung (z. B. bei der Erhebung der Anamnese, der Mitteilung der Diagnose und von Behandlungsmaßnahmen, bei der Aufklärung zur Operation) stellen eine der Hauptschwierigkeiten bei der medizinischen Versorgung von Migranten dar.

Immer werden von Schwestern und Ärzten die mangelnden Deutschkenntnisse von schon seit vielen Jahren in Deutschland lebenden türkischen Migranten und Migrantinnen beklagt. Unverständnis und Ärger in einem dadurch sehr erschwerten Kommunikationsprozeß sind die Folge.

Neben den Tatsachen, daß das medizinische Personal in jedem Fall aktuell dazu gezwungen ist, sich mit der geringen vorhandenen Sprachkompetenz der Patientin zu arrangieren, und daß prinzipiell über die Notwendigkeit, die Sprache des Einwanderungslandes zu erlernen, Einigkeit besteht, bleibt festzuhalten, daß über mögliche Gründe für diese ‚unbewußte Sprachverweigerung‘ der Migranten wenig diskutiert wird. Nach Kürsat-Ahlers (2000) ist sie ein Pseudoausweg der Zuwanderer, um sich vor Unsicherheit, Selbstzweifel und dem Gefühl der sprachlichen Unzulänglichkeit zu schützen (sog. affektive Dimension des Sprachenlernens). Die neu zu erlernende Sprache des Aufnahmelandes kann zur Bedrohung werden, wenn die Normen der Aufnahmegesellschaft eine Verachtung der Sprache und Kultur des Herkunftslandes implizieren. Zuwanderer befürchten auch als Eltern nicht selten, daß der Erwerb der Sprache des Einwanderungslandes bei ihren Kindern zu einem Verlust der alten kulturellen Identität des Ursprungslandes führen könnte (Cropley et al. 1994).

Eigentlich hat die ärztliche Information im Krankenhaus folgende Funktionen zu erfüllen (Wagenbichler u. Wimmer-Puchinger 1997):

1. Hilfestellung für die Patientin bei der Entscheidung für notwendige medizinische Maßnahmen
2. Erhöhung der Compliance, Reduzierung der Komplikationsrate von medizinischen Maßnahmen
3. Abbau von Abwehrhaltungen und positive Beeinflussung des Heilungsprozesses

Dieser Informationsprozeß wird nun aber durch verschiedene Faktoren modifiziert, die seinen Erfolg mitbestimmen: Durch die informierende Person, durch die Art, Menge und Aufbereitung der Information, durch das Informationsmedium, durch den Zeitpunkt der Information, durch die situative Einbettung des Informationsgeschehens, durch Persönlichkeitsmerkmale der informierten Person und durch eine ggf. vorhandene Sprachbarriere zwischen Informierendem und Informiertem. Sprache als Ausdrucksmittel ist zugleich integrierender Bestandteil einer Kultur und untrennbar verbunden mit ihrem ethnisch-sozialen Hintergrund (Pöchhacker 1997).

Ein Möglichkeit, interkulturelle Kommunikationsbarrieren zu überwinden, ist die Sprachmittlung mittels Dolmetscher, wobei man das Dolmetschen in Alltags- und Notfallsituationen, in denen sich Migranten z. B. mit dem Personal von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen verständigen müssen, als *Community Interpreting* bezeichnet (Pöchhacker 1997).

Schepker (2000) unterscheidet vier Möglichkeiten einer sprach- und kulturkompetenten Vermittlung (Tab. 5.6.2).

Tab. 5.6.2: Möglichkeiten der Sprachmittlung für Migranten (nach Schepker 2000)

<p><u>1. Übersetzende Familienangehörige, Nachbarn, Bekannte</u>  der zufällig anwesende Begleiter vermittelt  <i>Nachteile:</i> Schamprobleme, Loyalitätskonflikte, Einfluß auf Familienhierarchie, kein verlässlicher Informationstransfer  <i>Vorteile:</i> stets verfügbar, kostenlos, spontan, bieten sich an</p>
<p><u>2. Professionelle Dolmetscher</u>  zu einem vereinbarten Termin bestellt, gegen Honorar  <i>Nachteile:</i> kein Fachwissen, Befangenheit bei sensiblen Themen, Kosten  <i>Vorteile:</i> neutrale Distanz, für faktische und praktische Aspekt sowie Begutachtung hilfreich</p>
<p><u>3. Geschulte Semiprofessionelle</u>  verabredungsgemäß anwesender sprach-/kulturkundiger Pädagoge o.ä.  <i>Nachteile:</i> selten und z. T. teuer  <i>Vorteile:</i> basales Fachwissen und Verständnis, interviewgeschult, Kooperationsstrukturen</p>
<p><u>4. Muttersprachliches medizinisches Personal</u>  in der Klinik beschäftigte Mitarbeiter gleicher kultureller Herkunft  <i>Nachteile:</i> selten für die meisten Sprachen vorhanden; u. U. Loyalitätskonflikt  <i>Vorteile:</i> kostenneutral, fachkompetent</p>

Im Rahmen der Pflege wie auch bei ärztlichen Informations- und Aufklärungsgesprächen wird aus Zeitgründen häufig auf Laiendolmetscher im Sinne einer ad hoc-Lösung zurückgegriffen. Obwohl, wie Brezinka et al. (1989) ausführen, neben den in der Tab. 5.6.1 angeführten Problemen noch die Gefahr der ‚Zensur‘ und des ‚Konfa-



bulierens‘ hinzukommt: Wenn schon nicht die Patientin selbst Informationen vorenthält, weil die als Dolmetscher eingesetzten Kinder, Verwandten, Bettnachbarn davon nichts erfahren sollen, so sind es meist die Hilfsdolmetscher, die aus den Angaben der Patientin eine Geschichte zusammenfügen, wie sie – ihrer Meinung nach – der Arzt hören will. Will die Patientin etwas ergänzen, wird dies u. U. von seiten des Laiendolmetschers abgeblockt (Brezinka et al. 1989).

In einer Stellungnahme der Amerikanischen Gynäkologen-Gesellschaft ACOG wird empfohlen, den Wunsch nach Anwesenheit einer die Patientin begleitenden dritten Person bei einer gynäkologischen Untersuchung prinzipiell zu respektieren, zumal diese als Zeuge in Fällen von Verständigungsproblemen u. a. zur Verfügung steht. Nachteilig kann aber sein, daß diese Person die Atmosphäre der Vertraulichkeit stört und die Gesprächsbereitschaft der Patientin u. U. limitiert. Manche Patientinnen betrachten die Anwesenheit von Familienmitgliedern als Einmischung in ihre Privatsphäre (ACOG Committee Opinion 1994).

Aus juristischer Sicht sind nicht-deutschsprachige Ausländern in der Landessprache aufzuklären. Der Einsatz von Familienangehörigen oder nichtärztlichem Klinikpersonal ist nach gängiger Rechtsprechung dann zulässig ist, wenn man sich davon überzeugen konnte, daß die Sprachkenntnisse ausreichen, den aufklärungsbedürftigen Sachverhalt hinreichend zu erläutern. Insbesondere bei komplizierten Eingriffen oder Diagnosestellungen kann aber die Hinzuziehung eines Dolmetschers geboten sein (Wehen 1999).

Nur in wenigen Kliniken sind jedoch Strukturen etabliert worden, die eine schnelle und unkomplizierte Hinzuziehung eines kompetenten Sprachmittlers erlauben.

Pöchhacker (1997) macht im übrigen auf Kommunikationsprobleme mit einer Gruppe von Migrantinnen aufmerksam, bei denen Dolmetschen oftmals nicht nötig erscheint, nämlich jene, die sich nur schwer auf deutsch verständigen können. Klinikpersonal und Patienten befinden sich dann in einer Situation, in der die Kommunikation zwar nicht völlig unmöglich ist, in der sich aber nicht feststellen läßt, ob eine ausreichende Verstehenstiefe erreicht wird. Oftmals wird dann in ‚reduziertem Deutsch‘ kommuniziert. Pöchhacker (1997) stellte bei seiner Befragung an 12 Wiener Krankenhäusern fest, daß die Anwendung dieses ‚reduzierten Deutsch‘ im Kli-

nikalltag offenbar weit verbreitet ist, daß sich die Befragten aber auch der Probleme bewußt waren, die bei diesem Kommunikationsmodus auftreten können. Die Aussage ‚man ist nicht sicher, wieviel die Patientin wirklich versteht‘ wurde von 91% der Befragten als zutreffend bezeichnet. Es müssen sich demnach Zweifel daran ergeben, ob insbesondere Ärzte bei Aufklärungs- und Informationsgesprächen in reduziertem Deutsch ihrer Informationspflicht nachkommen. Die Einschätzung der vorhandenen Sprachkompetenz der Patientin durch das medizinische Personal unterliegt dabei u. U. gefährlichen Verzerrungen (Pöchlhammer 1997).

#### **5.6.4 Patientinnenwissen über Vorsorge, Verhütung, Zyklusgeschehen und Anatomie des weiblichen Körpers**

##### **5.6.4.1 Methodik**

Im Zusammenhang mit den bereits erläuterten Problemen und Besonderheiten bei der Kommunikation mit nichtdeutschen Patientinnen erschien es uns wichtig, den Umfang vorhandener Kenntnisse deutscher und türkischer Frauen z. B. über spezifisch weibliche Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen und die Wechseljahre (sog. Basiswissen) in Erfahrung zu bringen und miteinander zu vergleichen. Sowohl für das individuelle ärztliche Aufklärungsgespräch mit einer konkreten Patientin als für auch allgemeine Informationsmaterialien oder Operationsaufklärungsblätter sollten man den Umfang dieser Grundlagenkenntnisse kennen und darauf aufbauen.

Der Wissensstand der Patientinnen über ihren Körper, Verhütung und Vorsorge wurde mit einer gekürzten und modifizierten Version eines Fragebogens von Effmert (2000) erhoben. Der Fragebogen erfaßt nach einer Frage zum Interesse an Vorgängen im eigenen Körper (‚gar nicht interessiert‘ bis ‚stark interessiert‘) zunächst die Informationsquellen und die Selbsteinschätzung des Wissens über der eigenen Körper (‚sehr gut‘ bis ‚mangelhaft‘). Es folgen vier Fragen zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten und Schwangerschaft, fünf Fragen zur Menstruation, drei Fragen zu

Anatomie und Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane und drei zu Vorsorgeuntersuchungen (Portiozytologie, Mammographie, Blutungsstörungen). Abschließend geht es um Wissen und Einstellungen zu den Wechseljahren. Die meisten Wissensfragen sind nach dem ‚multiple choice‘-Verfahren mit vier bis sechs vorgegebenen

Antwortmöglichkeiten gestaltet und enthalten neben einigen falschen eine richtige Antwort.

Nach einem Pretest mit einer Fassung des Fragebogens wurde als weitere Antwortalternative ‚weiß ich nicht‘ zu jeder Frage mit aufgenommen, um zwischen fehlenden Daten und nicht gewußten Antworten unterscheiden zu können.

Bei der statistischen Auswertung des Wissensfragebogens wurden soziodemographische und migrationsbezogene Daten berücksichtigt. Unterschiede in den Merkmalsausprägungen wurden anhand des Variabilitätskoeffizienten nach Pearson (Chi<sup>2</sup>-Test) mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS auf Signifikanz geprüft. Bei einem Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  wurden die festgestellten Unterschiede als statistisch relevant angenommen.

#### **5.6.4.2 Ergebnisse und Diskussion**

##### **5.6.4.2.1 Interesse an Kenntnissen über den eigenen Körper**

96,2% der deutschen und 76,9% der türkischen Patientinnengruppe äußerten Interesse bzw. starkes Interesse (Punkt 3 und 4 einer vierstufigen Skala) an Kenntnissen über ihren Körper. Vermutlich begünstigt die Krankenhausaufnahme und die Auseinandersetzung mit einer Erkrankung das Wissens- und Aufklärungsbedürfnis.

In dem nichtrepräsentativen Kollektiv von 130 deutschen Frauen, das Effmert (2000) in einer frauenärztlichen Praxis mit dem gleichen Fragebogen befragte, waren insgesamt 96,9% mindestens interessiert an der o. g. Thematik.

Differenziert man die Kollektive unserer Studie nach soziodemographischen Kriterien in Untergruppen, so zeigt sich ein stärkeres Interesse bei Frauen mit einem höheren Bildungsgrad, einer qualifizierteren Tätigkeit, höherem Lebensalter und bei Patientinnen mit einer bösartigen Erkrankung. Im türkischen Patientinnenkollektiv waren Patientinnen der zweiten Migrantinnengeneration bzw. mit guten deutschen Sprachkenntnissen besonders interessiert. Auffällig ist aber auch das relativ starke Interesse der Frauen, die nie zur Schule gegangen sind. Diese Gruppe liegt mit einem Anteil von 83,4% interessierten/sehr interessierten Frauen über dem Durchschnitt der türkischen Gruppe (76,9%) und das relativ geringere Interesse (59,4%) der nachgezogenen Ehefrauen, die in der Regel unter 30 Jahre alt sind, in der Türkei die Schule besucht haben und zumeist wegen Schwangerschaftsstörungen in der Klinik waren (Tab. 5.6.3).

Tab. 5.6.3: ‚Interessieren Sie sich für die Vorgänge in Ihrem Körper?‘  
– Rangliste der verschiedenen Unterkollektive

	<i>interessiert / stark interessiert in %</i>
höhere Erwerbsgruppe (n=52)	96,2
mittlere Erwerbsgruppe (n=85)	95,3
deutsche Patientinnengruppe gesamt (n=314)	92,3
bösartig erkrankte Patientinnen (n=121)	90,4
Rentnerinnen (n=58)	91,4
Fach-, Abitur, lise, Universität (n=160)	91,8
über 50 Jahre alt (n=116)	87,4
zwischen 30-50 Jahre alt (n=285)	88,0
Haupt-/Real- Berufsschulabschluß (n=258)	87,2
gutartig erkrankte Patientinnen (n=326)	86,5
zweite Migrantinnengeneration (n=107)	84,2
nie zur Schule (n=24)	83,4
arbeitslos (n=72)	83,3
untere Erwerbsgruppe (n=94)	80,8
unter 30 Jahre alt (n=172)	80,2
Schwangerschaftsstörung (n=114)	78,1
türkische Patientinnengruppe gesamt (n=247)	76,9
Hausfrau (n=118)	74,6
erste Migrantinnengeneration (n=76)	73,7
ilk okul in Türkei / ohne Abschluß (n=111)	72,9
nachgezogene Ehefrauen (n=42)	59,4

#### 5.6.4.2.2 Informationsquellen

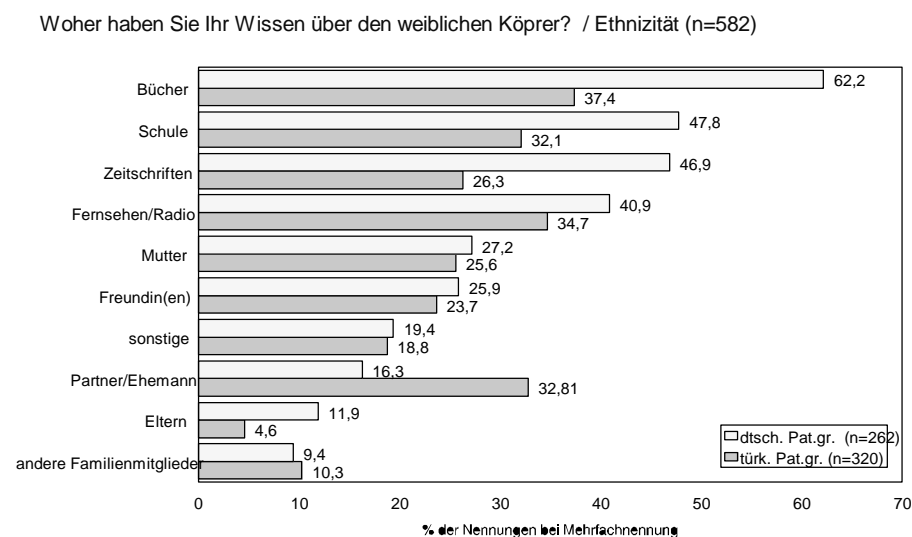
Kenntnisse über Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen u. ä. lassen sich prinzipiell sowohl über schriftliche oder bildliche Informationsmaterialien aber auch durch Gespräche (mit Laien oder Professionellen) erwerben.

In der Regel wird nicht nur ein Medium genutzt. Es läßt sich aber vermuten, daß je nach Bildungsgrad mehr und möglicherweise auch andere ‚qualifiziertere‘ Quellen zur Verfügung stehen bzw. gesucht und genutzt werden.

Die befragten Patientinnen konnten im ersten Abschnitt des Fragebogenteils aus einer Liste mehrere Informationsquellen auswählen und/oder andere selbst hinzufügen. Deutsche Patientinnen nutzten die Möglichkeit der Mehrfachnennung – vor allem in bezug auf schriftliche Quellen, Schule und elektronische Medien – häufiger als türkische Patientinnen. Es wird also offenbar ein größeres Spektrum für die Information genutzt. Bücher, Zeitschriften, Schulunterricht und TV/Radio stehen zwar in beiden Gruppen entsprechend der Häufigkeit der Nennungen am Anfang der Rangliste, jedoch wurden sie von den türkischen Patientinnen, mit Ausnahme des Fernsehens, weniger häufig genannt. Auffällig ist die Bedeutung des Partners bzw. des Ehemannes als Informationsquelle im türkischen Patientinnenkollektiv (Rang 3). (Abb. 5.6.1).

Die Auswertung der von Effmert (2000) mit dem gleichen Instrumentarium durchgeführten Befragung von 130 Frauen in einer sächsischen Kleinstadt ergab ebenfalls die Rangfolge ‚Bücher – Schule – Zeitungen – Mutter‘ als Informationsquellen für geschlechtsspezifische Themen. (Nach der Bedeutung von Fernseh- und Radiosendungen war nicht gefragt worden.)

Abb. 5.6.1



Ca. 20% der Nennungen in beiden Kollektiven waren zusätzliche ‚freie‘ Eintragungen. Innerhalb dieser Kategorie nannten im türkischen Kollektiv 86,3% und im deutschen 43,5% der Patientinnen Ärzte als Informations- und Wissensvermittler.

Auch Beckmann et al. (2000) berichten im Ergebnis einer aktuellen, jedoch nicht repräsentativen Studie zum Wissen über Karzinomrisikofaktoren und das Erkrankungsrisiko (2.108 Fragebögen aus 23 gynäkologischen Praxen im Raum Düsseldorf

und der Ambulanz der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf; die Teilnehmerinnen waren 15-85 Jahre alt, 51% hatten Abitur oder Fachhochschulreife) darüber, daß die Frauenärzte bei der Informationsvermittlung über das Mamma- und das Genitalkarzinome eine Hauptrolle haben. Etwa 60% der Frauen gaben an, über das Karzinomrisiko vom Gynäkologen informiert worden zu sein, es folgten TV, Radio und Zeitschriften mit etwa 50% und Gesundheitsbroschüren mit 40%.

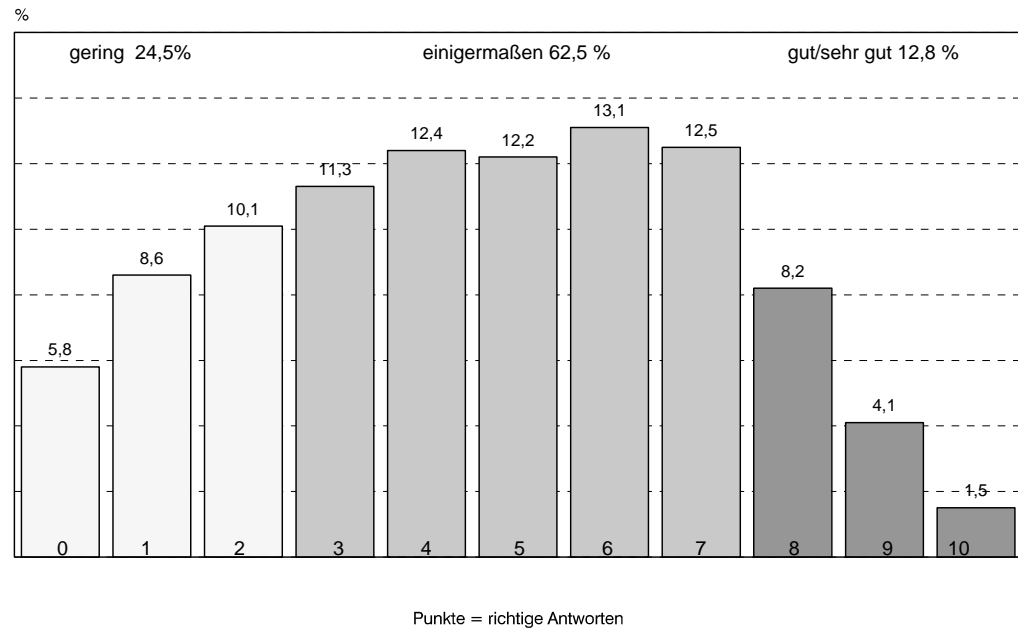
#### **5.6.4.2.3 Wissen über Verhütung, Vorsorgemaßnahmen, das Zyklusgeschehen und die Anatomie des weiblichen Körpers**

Für die Feststellung der tatsächlichen Kenntnisse über Präventionsmaßnahmen und Wissen über spezifisch weibliche Körperfunktionen konzentrierten wir uns auf Fragen zur Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane, zu ihren Funktionen, über Verhütung von Geschlechtskrankheiten und zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen. Die Fragen waren so zusammengestellt, daß sie sich auch hinsichtlich ihres Schwierigkeitsgrades unterschieden. Mit der Auswertung von 10 Fragen zu den o. g. Bereichen nach der Richtigkeit der Beantwortung – maximal 10 Punkte konnten erreicht werden – gelang es, einen Gesamtüberblick über den Wissenstand der in die Studie einbezogenen Patientinnen zu gewinnen (Abb. 5.6.2).

Es zeigte sich eine sehr unterschiedliche Ausprägung des Wissensstandes, mit einer erheblichen Variationsbreite im Gesamtkollektiv und auch in den Untergruppen. Einem Anteil von 12,8% der Patientinnen, die fast alle Fragen richtig beantworteten, stand ein doppelt so großer Anteil (24,5%) der Patientinnen gegenüber, der nur geringe Kenntnisse aufwies. Die Kenntnisse der Mehrheit der Patientinnen bewegte sich im mittleren Spektrum, d. h. 2 bis 7 Fragen wurden richtig beantwortet (Tab. 5.6.4).

Abb. 5.6.2

Kenntnisse über weibliche Körperfunktionen  
"Verhütung, Prävention und Gesundheitsvorsorge Menstruationszyklus u.a." (n=582)



Tab. 5.6.4: Wissen über Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane, Verhütung von Geschlechtskrankheiten und Früherkennungsuntersuchungen beim Frauenarzt

	richtige Antwort (in %)		falsche Antwort (in %)		weiß ich nicht (in %)	
	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)
Zusammenhang zwischen Hormonen und Monatsblutung	39,5	12,8	46,8	42,5	13,7	44,7
Unfruchtbare Tag im Zyklus	44,8	22,7	35,9	41,8	17,4	35,5
Vorgang des Eisprungs	51,6	17,8	35,3	35,3	13,1	54,2
Veränderung der Körpertemperatur nach dem Eisprung	56,2	26,5	21,3	14,5	22,5	59,0
Name der Untersuchungsmethode zur Kontrolle v. Zellveränderungen an Muttermund u. Scheide	51,6	18,4	17,4	18,4	26,5	63,2
Mammographie	69,3	33,5	34,7	20,3	6,0	46,2
Übertragung von Geschlechtskrankheiten	88,7	65,5	10,4	17,3	0,9	17,2
Verhütung von Geschlechtskrankheiten	90,3	43,4	8,2	32,8	1,6	23,8

Die Beantwortung der Fragen zur Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten bereiteten – möglicherweise aufgrund intensiver Kampagnen zur Aids-Prävention in den letzten Jahren – in beiden Kollektiven offenbar die wenigsten Schwierigkeiten.

Mehr Unkenntnis herrschte dagegen hinsichtlich der Früherkennungsuntersuchung des Zervixkarzinoms, der Mammographie und des weiblichen Zyklusgeschehens. Auch im deutschen Patientinnenkollektiv hatten weniger als die Hälfte der Patientinnen genauere Kenntnisse über die unfruchtbaren Tagen im Zyklus oder die ungefähren Abläufe bei der Menstruationsblutung.

Insgesamt wiesen Frauen des deutschen Vergleichskollektivs jedoch deutlich mehr richtige Antworten auf. Patientinnen türkischer Herkunft wählten bei allen Variablen wesentlich häufiger die Antwortmöglichkeit ‚weiß ich nicht‘.

Auch bei der Zuordnung der Begriffe ‚Eierstock‘, ‚Eileiter‘, ‚Gebärmutter‘, ‚Muttermund‘ und ‚Scheide‘ zu einer gezeichneten Skizze der weiblichen Geschlechtsorgane war der Anteil der türkischen Frauen, die keine Antwort wußten, mit ca. 30% deutlich größer als unter den deutschen Patientinnen (ca. 10%). Die richtige Zuordnung der Begriffe zu den skizzierten Organen gelang in beiden Kollektiven im allgemeinen besser als die Beantwortung relativ abstrakter Fragen (Tab. 5.6.5).

Tab. 5.6.5: Zuordnung der Namen weiblicher Geschlechtsorgane zu einer gezeichneten Skizze – Vergleich richtiger, falscher und nicht gewußter Antworten in beiden Patientinnenkollektiven

Organbezeichnung (deutsch, Fachterminus türkisch)	richtige Zuordnung in %		falsche Zuordnung in %		weiß ich nicht in %	
	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)
Eileiter, Tube, yumurta kanali	77,5	51,5	13,1	11,1	9,4	37,4
Eierstock, Ovar, yumurtalik	78,8	59,5	8,8	8,0	12,5	32,4
Gebärmutter, Uterus, rahim	84,1	63,0	1,9	3,8	14,1	33,2
Muttermund, Portio, rahim agizi	85,3	60,3	1,9	4,6	12,8	35,1
Scheide, vagina	86,9	63,0	1,3	5,7	11,9	31,3

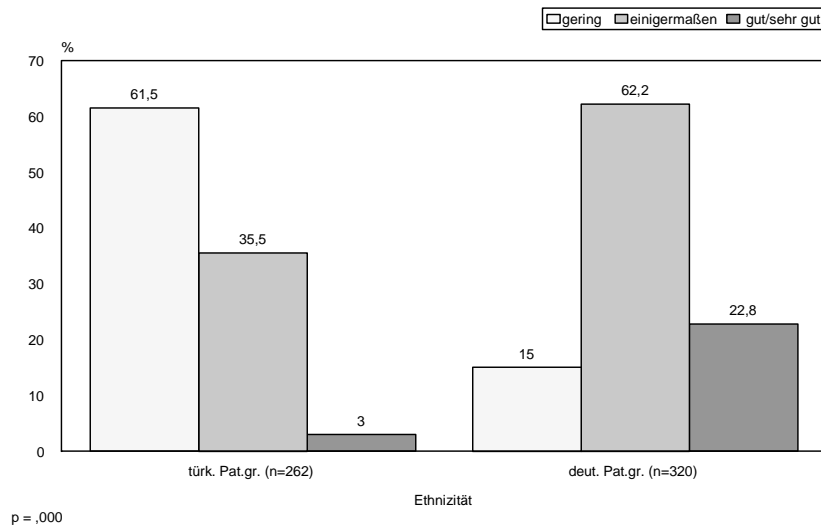
#### 5.6.4.2.4 Einfluß ethnischer und sozio-demographischer Unterschiede auf die Informiertheit

Die Abbildung 5.6.3 stellt den zusammengefaßten Kenntnisstand im deutschen und türkischen Untersuchungskollektiv geordnet nach geringem, mittlerem und guten Wissen gegenüber.



Abb. 5.6.3

Kenntnisse über weibliche Körperfunktionen (n=582)



Wir vermuteten, daß vor allem die soziodemographischen Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen die Unterschiede im Kenntnisstand der Patientinnen über Gesundheitsvorsorge und Funktionen des weiblichen Körpers verursachen. Bei einer Analyse der Daten, die sich nicht auf den Vergleich zwischen ‚deutsch‘ und ‚türkisch‘ beschränkt, zeigen sich signifikante Unterschiede in bezug auf den Bildungsgrad, den Erwerbsstatus und den Ort der Schulbildung (Türkei vs. Deutschland). Im türkischen Patientinnenkollektiv sind darüber hinaus auch Faktoren wie deutsche Sprachkenntnisse, Alphabetisierung sowie der Migrationsstatus von Bedeutung. Keinen statistisch signifikanten Einfluß hatte das Lebensalter (Tab. 5.6.6).

Die geringsten Kenntnisse über die Vorgänge im eigenen Körper und Kenntnisse zur Gesundheitsvorsorge haben sowohl Frauen, die nicht ausreichend alphabetisiert wurden, als auch solche, die die Schule in der Türkei besucht haben, was sich erwartungsgemäß in den Ergebnissen unserer Befragung auswirkte. Geringe oder keine deutschen Sprachkenntnisse korrelierten mit einem geringen Wissen.

Tab. 5.6.6: Patientinnengruppen mit geringen Kenntnissen über ihren Körper in % (Rangliste)

Kriterium (p-Werte bei Signifikanztestung)	Unterkollektive	Anteil der Patientinnen mit geringen Kenntnissen
Ethnizität (p=0,000)	deutsches Patientinnenkollektiv (n=320)	15,0
	türkisches Patientinnenkollektiv (n=262)	61,5
Altersgruppen (p> 0,05)	30-50 Jahre alt (n=290)	31,7
	> 50 Jahre alt (n=118)	38,1
	< 30 Jahre alt (n=174)	41,4
Erwerbsgruppen (p=0,000)	höhere Erwerbsgruppe (n=53)	1,9
	mittlere Erwerbsgruppe (n=86)	5,8
	arbeitslos (n=72)	34,7
	Rente (n=58)	39,7
	Hausfrau (n=125)	52,8
	untere Erwerbsgruppe (n=99)	54,5
Bildungsgrad (p=0,000)	Abitur/lise/Universität (n=163)	10,4
	Haupt-/Real-/ Berufsschulabschluß (n=263)	28,9
	ilk okul/ohne Schulabschluß (n=120)	75,0
	nie eine Schule besucht (n=27)	85,1
Ort der Schulbildung (p=0,000)	Schule in Deutschland (n=415)	21,4
	Schule in der Türkei (n=131)	71,8
Lese- und Schreibfähigkeit (p=0,000)	Fragebogen deutsch schriftl. (gesamt n=372)	18,1
	Fragebogen deutsch schriftl. (davon nur türk.Pat.: n=80)	32,5
	Fragebogen türkisch schriftl. (n=106)	72,2
	Fragebogen deutsch mündl. (n=20)	72,6
	Fragebogen türkisch mündl. (n=56)	82,1
Migrationsstatus (p=0,000)	2. Migrantinnengeneration (n=109)	46,8
	1. Migrantinnengeneration (n=82)	76,8
	nachgezogene Ehefrauen (n=49)	77,6

Über die Hälfte der Patientinnen der zweiten Migrantinnengeneration verfügten über mindestens ‚einigermaßen gute‘ Kenntnisse. Der Anteil bei der ersten Migrantinnengeneration sowie bei den (vom Alter her eher mit der zweiten Generation vergleichbaren) nachgezogenen Ehefrauen lag nur bei ca. 23%. Auffällig war, daß auch junge Frauen, die in der Türkei einen lise-Abschluß (vergleichbar mit dem deutschen Abitur) erworben hatten, nur über geringe Kenntnisse über den weiblichen Körper verfügten. Der gesamte Bereich der Sexualaufklärung wird offenbar bisher im Schulunterricht in der Türkei mehr oder weniger ausgeklammert. Ergebnisse einer aktuellen Umfrage des Piar-Gallup-Instituts unter 1.600 Frauen über 18 Jahre in der Türkei

bestätigen dieses Defizit. So wußten 75% der befragten Frauen nicht, was ein Orgasmus ist. 45% hätten gerne mehr Informationen zum Thema Sexualität gehabt, 59% plädierten für einen Sexualkundeunterricht in den Gymnasien (Hürriyet, Europa-Ausgabe, 4.3.2000).

Um einen sinnvollen Vergleich auf der Grundlage des Faktors Ethnizität durchführen zu können, wurden – wie auch für die vergleichende Auswertung des SCL-90-R-Daten und der Ergebnisse der subjektiven Krankheitstheorie – vergleichbare Untergruppen gebildet, die eine ähnliche sozio-demographische Zusammensetzung aufweisen sollten:

1. Teilstichprobe der 30-50jährigen Patientinnen (im Ergebnis der Selektion: Vergleich von 106 türkischstämmigen mit 184 deutschen Frauen),
2. Angleichung nach Schulbildung (218 türkische vs. 250 deutsche Patientinnen),
3. Angleichung nach Erwerbsgruppen (260 Migrantinnen, 269 Deutsche) ,
4. Teilstichprobe der Patientinnen mit Haupt- und Realschulabschluß (173 türkischstämmige, 164 deutsche Frauen),
5. Teilstichprobe Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen (140 türkische und 199 deutsche Frauen),
6. Teilstichprobe der erwerbstätigen Frauen (73 türkischstämmige, 165 deutsche Patientinnen).

Nur zwischen diesen sechs Teilstichproben wurde ein deutsch-türkischer Vergleich angestellt.

Es zeigt sich auch nach dieser ‚Homogenisierung‘ ein deutlicher Unterschied entsprechend der ethnischen Zugehörigkeit: In der Gruppe der türkischen Migrantinnen gibt es jeweils signifikant weniger Frauen mit guten bzw. mittleren Kenntnissen zu den abgefragten Themen.

Dies wird durch eine Befragung von türkischen Migrantinnen in London zu den Themen Kontrazeption, weibliche Körperfunktionen, vaginale Infektionen, Menopause und Hormonersatztherapie bestätigt (Layzell u. England 1999). Die Interviewer stellten ebenfalls ein Fehlen von Basiskenntnissen fest, aber auch ein großes Interesse an (muttersprachlichen) Informationsmaterialien zu diesen Fragen.

Nachdem wir konstatieren können, daß Migrantinnen, auch die, die in Deutschland zur Schule gegangen sind, ein geringeres Basiswissen über das weibliche Genitale,

seine Funktion usw. haben, muß ebenfalls festgehalten werden, daß es auch in der Gruppe der deutschen Frauen eine Reihe von Unklarheiten und mangelnde Basiskenntnisse gab.

Man muß wohl realistischerweise davon ausgehen, daß insgesamt nur ein geringer Teil (in der Studienpopulation ca. 13%) der Patientinnen über gute bzw. sehr gute Basiskenntnisse zu spezifischen weiblichen Körperfunktionen, Anatomie, Vorsorge, Verhütung u. ä. verfügt und daß dieser Anteil im türkischen Patientinnenkollektiv noch niedriger ist (3% im befragten Teilkollektiv).

Das Genitale stellt besonders für islamisch geprägte Frauen mehr noch als für europäische einen schambesetzten Tabubereich dar, über den fast immer nur mit Gleichaltrigen des gleichen Geschlechts oder aber mit ‚Experten‘ gesprochen werden kann. Daß Mütter für türkische Mädchen eine untergeordnete Rolle als Vertrauensperson oder auch als Informationsquelle für Wissen über den weiblichen Körper spielen oder spielten, stellte auch Mih (1999) fest, die dieses Phänomen auf ‚Scham und Respekt der Jüngeren gegenüber den Älteren‘ zurückführt. Über das Auftreten der Menstruation hatte in Mihs Untersuchung nur eine von 60 türkischen Frauen mit ihrer eigenen Mutter gesprochen, 74% der von ihr befragten Frauen hatten überhaupt kein Aufklärungsgespräch und bei 23% waren die Gesprächspartnerinnen andere Frauen.

Wenn türkische Patientinnen ihre Ehemänner als Vertrauensperson und Informationsquelle für ihre Kenntnisse über den weiblichen Körper angeben, so ist dabei zu berücksichtigen, daß auch der ‚Respekt und die Scham der Frau gegenüber dem Mann‘ in diesen Gesprächen sicherlich nicht ohne Wirkung bleibt. Gleichzeitig ist anzunehmen, daß auch Männer in der Türkei in ähnlicher Weise aufgeklärt wurden, also über unzureichende Kenntnisse verfügen. Der Vergleich der Gruppe türkischer Frauen, die als Informationsquelle ihren Ehemann/Partner angegeben haben, mit den anderen türkischstämmigen Migrantinnen ergab in diesem Teilkollektiv keinen besseren oder schlechteren Wissensstand.

Ähnlich wie in unserer Gesellschaft ist die ‚öffentliche‘ Benennung der Genitalien häufig stark schambesetzt. Für viele türkische Frauen sind es ‚unaussprechbare‘ Worte.

Es fällt auf, daß den türkischen Migrantinnen die deutschen Begriffe für ihre Geschlechtsorgane oft geläufiger sind als ihre türkischen Entsprechungen. Offenbar

wird Wissen über den weiblichen Körper und seine Funktionen den Frauen eher in deutscher Sprache vermittelt. Kontakte und Gespräche mit Frauenärzten und für die zweite Migrantinnengeneration auch mit Lehrern sind dabei eine wichtige Quelle.

Mehr noch als einheimische Frauen sind Migrantinnen durch die Erkrankung und den Klinikaufenthalt aus ihrer gewohnten Alltagswelt herausgenommen. Da Laienwissen und subjektive Konzepte über die Erkrankung in der Klinik im allgemeinen nicht beachtet werden, wird ihnen im Krankenhaus vermutlich in besonderem Maße ihr eigenes Unwissen bewußt. Sie erleben sich verstärkt als fremd und abhängig und verhalten sich häufig entsprechend dem Klischee der ‚gott-, schicksals- und arzt-ergebenen‘ Patientin. Diese Art der ‚compliance‘ nützt jedoch weder den Ärzten, noch den Patientinnen, denn gerade die Nachvollziehbarkeit und Durchschaubarkeit von Ereignissen sowie das Erkennen eigener Handlungsmöglichkeiten stellt nach Antonovsky ein wesentliches Merkmal für Bewältigungsmöglichkeiten einer Krankheit und auch für die Förderung der Gesundheit dar (Bengel et al. 1998).

Im Prinzip könnte natürlich der Klinikaufenthalt zur Verbesserung der Basiskenntnisse über den weiblichen Körper genutzt werden. Die Konfrontation mit einer Erkrankung kann als Umbruchphase im Leben verstanden werden, in der Frauen besonders offen für Informationen sind (Gille 1997). In der Realität verstreicht diese Zeit jedoch meist ungenutzt und selbst mit der Ergebnis der ‚zielorientierten‘ Aufklärung über Diagnose und Therapie der eigentlichen Erkrankung (z. B. vor und nach einer Operation) kann man häufig nicht zufrieden sein.

## **5.6.5 Patientinnenwissen vor und nach ärztlicher Aufklärung**

### **5.6.5.1 Rahmenbedingungen der Aufklärung**

Während an die ärztliche Aufklärung z. B. vor einem operativen Eingriff vor allem inhaltliche und juristische Mindestanforderungen gestellt werden, ist dieses Gespräch auch wesentlicher Teil der Arzt-Patienten-Beziehung. Ärztlicher Fachkompetenz, Erfahrung und (hoffentlich) Empathie für die Gesamtsituation und die Befindlichkeit der Patientin stehen auf Seiten der Patientin Beschwerden, Angst und Ungewißheit gegenüber (Bodden-Heidrich 1999).

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, daß das Informationsbedürfnis von Patienten im Krankenhaus relativ groß ist (Wimmer 1982, Raspe 1983, Ebert-

Hampel 1983, Garden 1996). Nach einer Untersuchung von Raspe (1983) wollen mindestens 80% der Patienten in einer Klinik uneingeschränkt über ihre Diagnose, bevorstehende Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen, die damit verbundene Risiken und die Prognose informiert werden. Begründet wird dies in erster Linie mit dem Streben nach psychischer Sicherheit und Beruhigung sowie dem Bedürfnis nach praktischer und kognitiver Orientierung.

Andererseits konnte in einer Studie von Sulmasy (1994) im Anschluß an die Aufklärung nur etwas mehr als die Hälfte der Patienten mindestens ein Operationsrisiko benennen und nur 70 % kannten die Indikation für ihren Eingriff. Tatsächlich hielten sich zwar fast alle Patienten für umfassend aufgeklärt, es gab jedoch nur jeder zweite Patient an, über alternative Therapiemöglichkeiten informiert worden zu sein. In anderen Untersuchungen konnte beispielsweise trotz Aufklärungsgespräch jeder fünfte Patient nicht sagen, welche chirurgischen oder Anästhesierisiken die bevorstehende Operation hat (Pérez-Moreno 1998), bzw. jede vierte der befragten stationären Patientinnen ihre Diagnose nicht richtig benennen (Wolf 1996).

Raspe (1983) fand bei einem Vergleich des (subjektiven) Patientenwissens mit den objektiven ärztlich dokumentierten Daten aus Krankenakten, daß etwa die Hälfte der befragten Krankenhauspatienten über ihre Diagnose gut und ein Fünftel schlecht Bescheid wußte. In älteren Studien fanden sich eine z. T. deutlich höhere (Palmer 1966, Hugh-Jones 1964, zit. nach Raspe 1983) oder ähnlich hohe Übereinstimmung (Engelhardt 1973, Snyder 1974). Migranten waren in den zitierten Arbeiten als besondere Patientengruppe nicht Gegenstand der Untersuchungen.

Die Voraussetzung für die Wirksamkeit der Einwilligung in einen medizinischen Eingriff ist die rechtzeitige und ausreichende Aufklärung über die Art, die Bedeutung, die Folgen und die Risiken des Eingriffs (sog. *informed consent*, vgl. Franz 1997). Dabei soll nicht medizinisches Fachwissen vermittelt, sondern der Patient in einer seinem Verständnis und seinem Informationsstand angemessenen Weise über die mit dem Eingriff verbundenen Risiken usw. unterrichtet werden (Raspe 1983). Verschiedene Autoren stellen fest, daß nicht die Qualität detaillierter vermittelter Informationen allein, sondern das tatsächliche intellektuelle und sprachliche Verständnis der Aufklärung maßgeblichen Einfluß z. B. auf die Angstreduktion und damit auf die Stärkung der Patientenautonomie hat (Katz 1986, Sulmasy 1994). Ängstlichkeit und psychische Belastung wirken sich andererseits auf den Informationszu-

wachs aus. Es konnte gezeigt werden, daß je entspannter und weniger erschöpfter die Patientinnen sich vor und nach dem Aufklärungsgespräch einschätzten, desto mehr Wissen eigneten sie sich im Verlauf des Klinikaufenthaltes an (Ebert-Hampel 1983, Strauß 1984).

Bei einem ausländischen Patienten muß der Arzt gewährleisten, daß die ordnungsgemäße Aufklärung in einer für diesen verständlichen Sprache erfolgt und Mißverständnisse ausgeschlossen werden, bevor der Patient seine wirksame Einwilligung erteilt (Franz 1997). Bei Migranten wird neben der schriftlichen Dokumentation des Aufklärungsgesprächs auch die Dokumentation der Sprachkenntnisse empfohlen (Dehong 1990).

Aus den dargestellten Überlegungen ergeben sich folgende Fragestellungen für einen Vergleich des Patientenwissens der deutschen und der türkischstämmigen Patientinnengruppe mit den ärztlich dokumentierten Fakten aus den Krankenakten:

1. Gibt es Unterschiede im Wissen über die aktuelle Erkrankung in Form der Einweisungsdiagnose und über die geplanten Behandlungsmaßnahmen eher bei deutschen oder eher bei türkischstämmigen Patientinnen?
2. Wissen die Patientinnen am Ende des Krankenhausaufenthaltes mehr über ihre Diagnose und Behandlung Bescheid und welche Rolle spielen schicht- und bildungsbedingte Einflüsse auf ggf. vorhandene Kenntnisunterschiede?
3. Lassen sich aus einer Nichtübereinstimmung von Einweisungs- und Entlassungsdiagnose Rückschlüsse auf Verständigungsprobleme zwischen dem einweisenden Arzt und der Patientin ziehen ?

#### **5.6.5.2 Methodik**

Insgesamt konnten die Krankenakten von allen 262 Patientinnen der türkischstämmigen Kollektivs und 317 Krankenblätter der deutschen Vergleichsgruppe ausgewertet werden. Für die Datenerhebung und -auswertung wurde eine Datenmatrix mit dem Statistikprogramm SPSS erstellt. Aus Einweisungsformularen, Notfalldokumentationen, Anamnesen, Aufklärungsbögen, Operationsberichten und Entlassungsbriefen der archivierten Krankenakten wurden Einweisungsmodus, Einweisungsdiagnosen, Art und Sprache des Aufklärungsbogens, Entlassungsdiagnosen und Therapie erhoben. Diese objektiven Patientinnendaten wurden mit den per Fragebogen erfaßten Antworten der Patientinnen zu ihrem (subjektiven) Wissensstand gegenübergestellt. Der Fragebogenteil T1, aufzufüllen am Aufnahmetag, enthielt dazu zwei Fragen: 1. "Aus welchem Grund sind Sie in die Klinik gekommen?" 2. "Welche medizinischen Maßnahmen sollen hier in der Klinik bei Ihnen durchgeführt werden?" Die

Patientinnen waren aufgefordert, diese Fragen möglichst genau zu beantworten. Am Ende des Klinikaufenthaltes (T2) wurde dann beides nochmals abgefragt. Für den Gruppenvergleich wurden auf türkisch beantwortete Fragen ins Deutsche übersetzt und es wurde eine verkürzte Form der Patientinnenantworten erstellt. Neben der Übereinstimmungsprüfung von Einweisungs- und Entlassungsdiagnose wurde das im Fragebogen erfaßte Patientinnenwissen den von ärztlicher Seite dokumentierten Fakten gegenübergestellt (Tab. 5.6.7).

Tab. 5.6.7: Gegenübergestellte Variablen zu Patientinnenwissen versus Krankenaktendaten

	prätherapeutisches Patientinnenwissen	posttherapeutisches Patientinnenwissen
Einweisungsdiagnose	X	
geplante / durchgeführte Therapie	X	X
Entlassungsdiagnose		X

Der Grad der Übereinstimmung wurde zunächst kategorisiert in der Rangfolge ‚vollständig‘, ‚teilweise‘ oder ‚keine Übereinstimmung‘ bzw. ‚pauschale‘ oder ‚indifferente Antwort‘. Im Doppelblind-Verfahren wurde diese Einstufung von zwei Untersuchern unabhängig voneinander vorgenommen. Unterschiede im Rating wurden diskutiert und dann einer Kategorie zugeordnet (siehe Dissertation G. M. Pette 2000).

Bei der Einstufung des Patientinnenwissens wurde eine teilweise Übereinstimmung angenommen, wenn die Patientin bei mehreren Diagnosen nur genannt hatte. Als Pauschalantwort wurde Angaben wie ‚Operation‘ oder ‚Frauenkrankheit‘ gewertet. Als indifferent galten Antworten, die zeigten, daß die Frage offenbar nicht völlig verstanden worden war, zum Beispiel die Antwort ‚weil das Krankenhaus so gut ist‘ auf die Frage nach dem Grund der Einweisung. Um die Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund teilweise sehr kleiner Fallzahlen in den Untergruppen zu erhöhen, wurde schließlich die fünfstufige Einteilung aufgegeben und eine zusammenfassende Bewertung in ‚vollständige Übereinstimmung‘ (d. h. gute Kenntnisse im Vergleich zu den dokumentierten Behandlungsfakten) und ‚nicht vollständige Übereinstimmung‘ (d. h. schlechte oder keine Kenntnisse der dokumentierten Daten), wobei in dieser Gruppe die Kategorien ‚teilweise‘ und ‚keine Übereinstimmung‘ sowie ‚pauschale‘ und ‚indifferente Antwort‘ zusammengefaßt wurden.



Als mögliche Einflußfaktoren auf das Patientenwissen wurden die Variablen ‚Schulbesuch‘, ‚Schulabschluß‘, ‚Sozialstatus‘, ‚Selbsteinschätzung deutscher Sprachkenntnisse‘, ‚Lese-/Schreibfähigkeit‘, ‚Gesundheitswissen‘ und ‚Migrationsstatus‘ angenommen. Die Datenanalyse wurde mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS für Windows 8.0 durchgeführt. Die Auswertung erfolgte im Gruppenvergleich nach Ethnizität (Ausnahme: Migrationsstatus) mit Hilfe von zweidimensionalen Häufigkeitstabellen. Durch Verknüpfung der Merkmale wurde deren Beziehungsstruktur in Kreuztabellen erfaßt und mit dem Chi<sup>2</sup>-Test die statistische Signifikanz geprüft. War eine der untersuchten Größen  $n < 5$ , wurde Fishers exakter Test verwendet. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$  wurden Ergebnisse als statistisch signifikant angenommen.

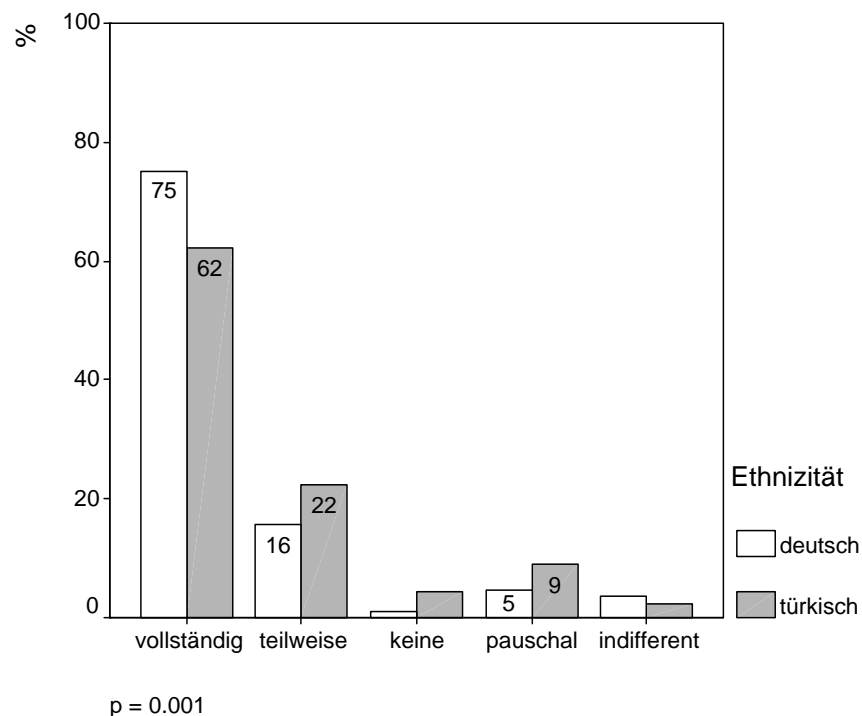
### 5.6.5.3 Ergebnisse und Diskussion

#### 5.6.5.3.1 Prätherapeutisches Patientinnenwissen

##### 5.6.5.3.1.1 Kenntnis der Diagnose

Fast zwei Drittel des türkischen Patientinnenkollektivs ( $n = 234$ ) gegenüber drei Viertel der deutschen Patientinnen ( $n = 291$ ) kannten die genaue Diagnose, die zu ihrer Einweisung geführt hatte ( Abb. 5.6.4 ).

Abb. 5.6.4: Übereinstimmung des Patientinnenwissens mit der Einweisungsdiagnose



Die Tabelle 5.6.8 zeigt gegenübergestellt die Patientinnenkenntnis der Einweisungsdiagnose in Abhängigkeit von u.a. soziodemographischen Faktoren.

Tab. 5.6.8: Prätherapeutisch vollständige Kenntnis der (Einweisungs-) Diagnose (in %), erfragt am Aufnahmetag

		deutsche Patientinnen	türkischstämmige Patientinnen
Alter	< 30 Jahre	91,3	68,5
	30-50 *	78,7	57,3
	> 50 *	59,5	51,7
Erkrankung	gutartig *	74,5	56,9
	bösartig	73,4	57,9
	Schwangerschaftsstörung	93,3	70,0
Therapieart	operativ *	74,6	60,7
	konservativ	81,0	67,3
Schulbesuch	nie		55,6
	in Deutschland	75,4	75,0
	in der Türkei		53,5
Schulabschluß	keine Schule	0	55,6
	kein Abschluß	75,0	76,7
	Haupt-/Realschule*	70,1	59,3
	Abitur	81,9	68,8
Erwerbsgruppe	untere	67,6	55,6
	höhere	82,4	76,5
	nicht erwerbstätig	71,2	63,0
Sprachkenntnisse (Selbsteinschätzung)	keine		58,5
	geringe		51,3
	gute	75,1	72,8
Lese- und Schreibfähigkeit	türkisch mit Hilfe		60,0
	türkisch		56,4
	deutsch mit Hilfe	100	75,0
	deutsch	74,0	68,6
Gesundheitswissen	gering	58,8	53,6
	mittel	75,5	64,6
	gut	77,4	82,8

\* = signifikanter Unterschied (d.h.,  $p < 0,05$ ) beim deutsch-türkischen Vergleich

Signifikante Unterschiede gab es nur beim Alter, der Erkrankungs- und Therapieart. Außerdem kannten Patientinnen der türkischen Gruppe mit Haupt- bzw. Realschulabschluß ihre genaue Diagnose bei der Einweisung deutlich seltener als Patientinnen deutscher Herkunft. Erwähnenswert sind die Gruppen ohne Entsprechung im deutschen Kollektiv: Das Diagnosewissen vor der Aufklärung war den meisten der in Deutschland zur Schule gegangenen Patientinnen gut, nur jeweils ein Viertel kannten ihre Diagnose nicht vollständig. Ohne Schulbildung oder nach Schulbesuch in der

Türkei kannte nur jede zweite Patientin die Diagnose. Beiden Gruppen zeigte sich, daß mit höherem Sozialstatus gemessen an der Erwerbsgruppe auch die Einweisungsdiagnose häufiger vollständig bekannt war.

Türkische Patientinnen mit geringen bis schlechten deutschen Sprachkenntnissen kannten ihre genaue Diagnose weniger häufig als Patientinnen der gleichen Gruppe mit guten Sprachkenntnissen.

Je geringer das allgemeine Gesundheitswissen, desto weniger häufig kannten die Patientinnen ihre Diagnose vollständig. Signifikante Unterschiede nach ethnischer Herkunft bestanden nicht.

Tab. 5.6.9: Prätherapeutische Kenntnis der vollständigen Diagnose nach Migrationsstatus

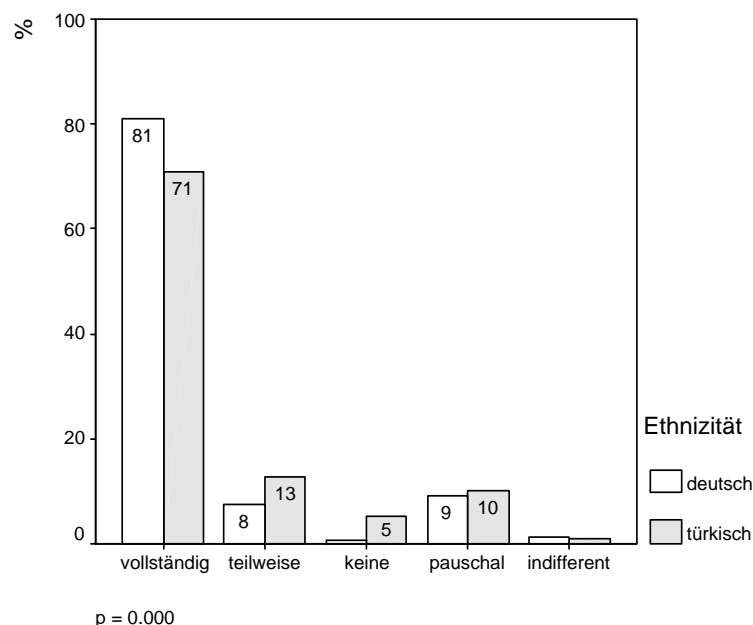
erste Migrationsgeneration (n=104)	51%
zweite Migrationsgeneration (n=88)	69,3%
nachgezogenen Ehefrauen (n=23)	73,9%

Nur jede zweite der türkischen Patientinnen der ersten Generation kannte ihre genaue Einweisungsdiagnose.

#### 5.6.5.3.1.2 Kenntnis geplanter Therapiemaßnahmen

Nur 71% der türkischen (n=234), gegenüber 81% der deutschen Patientinnen (n=291), konnten zu Beginn des Klinikaufenthaltes genaue Angaben zur jeweils geplanten Therapie machen (Abb. 5.6.5).

Abb. 5.6.5: Übereinstimmung des Patientinnenwissens mit der geplanten Therapie



Tab. 5.6.10: Prätherapeutisch vollständige Kenntnis der geplanten Therapie (in %), erfragt am Aufnahmetag

		deutsche Patientinnen	türkischstämmige Patientinnen
Alter	< 30 Jahre*	90,7	72,4
	30-50	83,4	74,7
	> 50	70,9	51,9
Erkrankung	gutartig *	82,1	66,1
	bösartig	77,7	57,9
	Schwangerschaftsstörung	92,3	80,7
Therapieart	operativ *	81,2	68,5
	konservativ	80,0	80,0
Schulbesuch	nie		61,5
	in Deutschland	81,7	75,3
	in der Türkei		69,6
Schulabschluß	keine Schule	0	61,5
	kein Abschluß	85,7	71,4
	Haupt-/Realschule	75,5	70,3
	Abitur	88,6	81,3
Erwerbsgruppe	untere	74,4	68,1
	höhere	88,7	87,5
	nicht erwerbstätig	79,0	69,8
Sprachkenntnisse (Selbsteinschätzung)	keine		59,2
	geringe		76,5
	gute	81,1	78,6
Lese- und Schreibfähigkeit	türkisch mit Hilfe		64,7
	türkisch		69,0
	deutsch mit Hilfe	83,3	83,3
	deutsch	81,4	76,2
Gesundheitswissen	gering	66,7	65,0
	mittel	78,6	72,8
	gut	86,1	85,7

\* = signifikanter Unterschied (d.h.,  $p < 0,05$ ) beim deutsch-türkischen Vergleich

Einen signifikanten Unterschied in den Kenntnissen gab es in der Altersgruppe bis 30 Jahre, wo über 90% der deutschen, aber nur knapp drei Viertel der türkischen Patientinnen die geplanten Therapiemaßnahmen vollständig wußten ( $p=0,01$ ). Eine gewisse altersabhängige Staffelung des Wissenstandes in beiden Gruppen ist nachweisbar – die über 50jährigen Patientinnen hatten jeweils die geringsten Kenntnisse über die geplante Behandlung.

Schwangere Patientinnen hatten am häufigsten genaue Vorstellungen von der für sie vorgesehenen Therapie. Bei den übrigen Erkrankungsarten kannten Patientinnen türkischer Herkunft erheblich seltener als Patientinnen der deutschen Vergleichsgruppe umfassend ihre geplante Therapie. So war zwei Drittel der türkischen Patientinnen, aber über 80% der deutschen Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen die geplante Therapie genau bekannt ( $p=0,001$ ).

Bei den deutschen Patientinnen war das vollständige Wissen über die geplante Therapie bei den operativ oder konservativ zu Behandelnden etwa gleich häufig vorhanden, während im türkischen Kollektiv Patientinnen, die später operativ behandelt werden sollten, sowohl im Vergleich innerhalb der Migrantinnengruppe als auch in Relation zum deutschen Kollektiv ( $p=0,002$ ) deutlich weniger ihre Therapie umfassend kannten.

Nur gut die Hälfte der türkischstämmigen Patientinnen ohne deutsche Sprachkenntnisse kannte vor dem Aufklärungsgespräch genau die geplanten Therapiemaßnahmen, während das Therapiewissen von Patientinnen mit geringen und guten Sprachkenntnissen sich etwa dem Niveau der deutschen Vergleichsgruppe annäherten. Beim Gesundheitswissen (Informiertheit über Vorsorgemaßnahmen, Verhütung, Anatomie des weiblichen Körpers usw.) läßt sich eine parallele Staffelung zur Kenntnis der geplanten Therapie nachweisen: Geringes Gesundheitswissen – weniger häufige Kenntnis der Therapie. Zwischen Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft gab es keine signifikanten Unterschiede.

Tab. 5.6.11: Prätherapeutische Kenntnis der geplanten Behandlungsmaßnahmen nach Migrationsstatus

erste Migrationsgeneration (n=95)	62,1%
zweite Migrationsgeneration (n=78)	76,9
nachgezogenen Ehefrauen (n=21)	76,2

Türkische Patientinnen der ersten Generation kannten ihre Therapie seltener als in Deutschland aufgewachsene Patientinnen oder später nachgezogene Ehepartner.

Sowohl die Einweisungsdiagnose, also der Grund der Klinikaufnahme, als auch die geplante Behandlung waren den Migrantinnen zum Zeitpunkt der Einweisung seltener bekannt als den befragten deutschen Patientinnen. Im Vergleich mit den jeweili-

gen deutschen Teilkollektiven wiesen insbesondere türkische Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen, ältere Patientinnen türkischer Herkunft und Migrantinnen, bei denen eine Operation bevorstand, erhebliche Kenntnisdefizite auf.

Einen negativen Einfluß auf seiten der türkischstämmigen Patientinnen hatten außerdem geringe deutsche Sprach-, Schreib- und Lesekenntnisse und ein geringes Gesundheitswissen.

Wissensdefizite bei der Einweisung haben ihren Ursprung können sich neben einem mangelnden Basisgesundheitswissen der Patientinnen auch auf ungenügende Vorbereitung durch die einweisenden Ärzte zurückführen lassen. Die Mitteilung der Diagnose findet im Regelfall durch die einweisenden Ärzte statt. Um den Einfluß des Aufnahmemodus zu verifizieren, erfolgte ein Gruppenvergleich nach der Einweisungsart ‚niedergelassener Arzt‘, ‚gynäkologische Poliklinik‘ und ‚gynäkologische Notfallambulanz‘.

74% der deutschen und 65% der türkischen Patientinnen wurden unmittelbar vom niedergelassenen Frauenarzt eingewiesen. In dieser Gruppe besaßen die türkischstämmigen Patientinnen signifikant geringere Diagnosekenntnisse ( $p=0,03$ ) als die deutschen. Bei der stationären Aufnahme über die gynäkologische Poliklinik (teilweise auch Notfallaufnahmen) waren sowohl die Diagnose als auch die geplante Therapie den Migrantinnen signifikant seltener bekannt ( $p=0,02$  bzw.  $0,002$ ).

Auf Wissensdefizite, zurückzuführen auf Mängel in der Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt durch niedergelassene Ärzte, wies schon Rehbein (1986) hin. Er stellte fest, daß eine vorhandene Verständigungsbarriere gegenüber ausländischen Patienten seitens der niedergelassenen Ärzte dazu führt, im Zweifelsfall Stellungnahmen der Patienten zu übergehen oder auf eine genaue Erläuterung der Diagnose zu verzichten. In der besonderen Situation einer gynäkologischen Ambulanz mit einem fremden Arzt und einem oft von Zeitnot geprägten Klima dürfte es ähnlich sein.

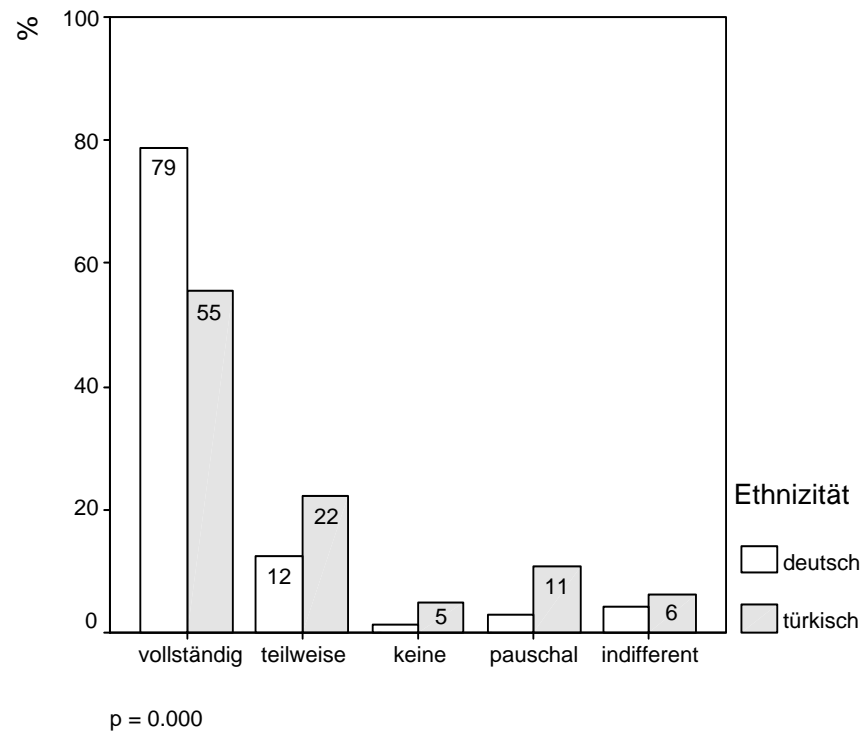
#### **5.6.5.3.2 Posttherapeutisches Patientinnenwissen**

##### **5.6.5.3.2.1 Kenntnis der Diagnose**

Zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. nach der Aufklärung kannte nur gut die Hälfte der türkischen Patientinnen ( $n=238$ ) ihre vollständige Diagnose – gegenüber drei Viertel der deutschen Patientinnen ( $n=297$ ). Jede fünfte Patientin türkischer Herkunft

konnte gar nicht oder nur pauschal die Entlassungsdiagnose angeben, in der deutschen Vergleichsgruppe war dies nur bei jeder achten Patientin der Fall (Abb. 5.6.6).

Abb. 5.6.6: Übereinstimmung des Patientinnenwissens mit der Entlassungsdiagnose



Tab. 5.6.12: Posttherapeutisch vollständige Kenntnis der Diagnose (in %), erfragt am Tag vor der Entlassung

		deutsche Patientinnen	türkischstämmige Patientinnen
Alter	< 30 Jahre*	93,7	63,2
	30-50 *	79,5	51,5
	> 50 *	69,9	37,0
Erkrankung	gutartig *	77,7	48,8
	bösartig*	79,8	29,4
	Schwangerschafts- störung	85,7	68,8
Therapieart	operativ *	78,5	54,0
	konservativ	83,3	61,2
Schulbesuch	nie		41,7
	in Deutschland*	79,5	64,9
	in der Türkei		50,8
Schulabschluß	keine Schule	0	41,7
	kein Abschluß	66,7	66,7
	Haupt-/Realschule*	77,3	52,9
	Abitur	83,3	69,0
Erwerbsgruppe	untere*	78,9	68,1
	höhere	81,4	68,8
	nicht erwerbstätig*	79,3	57,6
Sprachkenntnisse (Selbsteinschätzung)	keine		53,9
	geringe		42,0
	gute*	78,8	65,5
Lese- und Schreibfähigkeit	türkisch mit Hilfe		50,0
	türkisch		49,4
	deutsch mit Hilfe	83,6	66,7
	deutsch*	78,5	63,4
Gesundheitswissen	gering	61,1	47,5
	mittel*	82,2	36,8
	gut*	78,3	53,6

\* = signifikanter Unterschied (d.h.,  $p < 0,05$ ) beim deutsch-türkischen Vergleich

Mit zunehmendem Alter verschlechterte sich der Wissensstand bezüglich der Entlassungsdiagnose bei allen Patientinnen. Über alle Altersgruppen hinweg war darüber hinaus das vollständige Diagnosewissen bei Patientinnen türkischer Herkunft signifikant niedriger als in der deutschen Vergleichsgruppe.

Sowohl bei türkischen als auch bei deutschen Patientinnen war das Diagnose nach einer nicht operativen Therapie etwas häufiger bekannt als nach einer operativen Behandlung. Postoperativ kannten nur die Hälfte der Patientinnen türkischer Her-



kunft, aber drei Viertel des deutschen Vergleichskollektivs ihre genaue Diagnose ( $p=0,000$ ).

Mit zunehmender Schulbildung stieg das Diagnosewissen in der deutschen Gruppe an. Signifikante Unterschiede gab es bei den Haupt- und Realschulabsolventinnen: Nur jede zweite Patientin türkischer Herkunft kannte ihre genaue Diagnose, während es im deutschen Kollektiv über drei Viertel der Patientinnen waren ( $p=0,000$ ).

Gute deutsche Sprachkenntnisse und/oder eine vorhandene deutsche Lese- und Schreibfähigkeit korrelierten in der türkischen Untersuchungsgruppe mit einer häufiger vorhandenen Diagnosekenntnis. Die Unterschied im deutsch-türkischen Vergleich sind signifikant.

Tabelle 5.6.13: Posttherapeutische Kenntnis der Diagnose nach Migrationsstatus

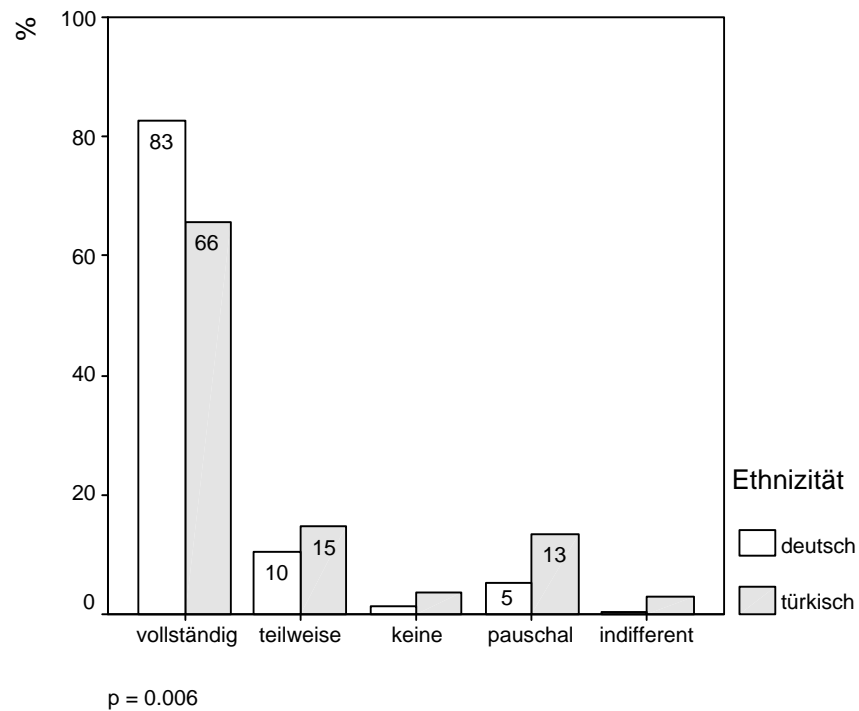
erste Migrationsgeneration (n=99)	46,5%
zweite Migrationsgeneration (n=78)	59,0
nachgezogenen Ehefrauen (n=20)	70,0

Nach dem Aufklärungsgespräch kannte nicht einmal jede zweite türkische Patientin der ersten Einwanderergeneration ihre vollständige Diagnose.

#### 5.6.5.3.2.2 Kenntnis durchgeführte Behandlungsmaßnahmen

Etwa zwei Drittel der Patientinnen türkischer Herkunft ( $n=233$ ) und über 83% der deutschen Patientinnen ( $n=288$ ) wußten nach der Aufklärung genau, welche therapeutischen Maßnahmen bei ihnen durchgeführt worden waren. Jede fünfte Patientin türkischer Herkunft konnte gar nicht oder nur pauschal Angaben zur Behandlung machen, während nur 7% der deutschen Patientinnen die durchgeführten Therapie-maßnahmen nicht oder nur pauschal bezeichnen konnten (Abb. 5.6.7).

Abb. 5.6.7: Übereinstimmung des Patientinnenwissens mit der tatsächlich durchgeführten Therapie



Tab. 5.6.14: Posttherapeutisch vollständige Kenntnis der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen (in %), erfragt am Tag vor der Entlassung

		deutsche Patientinnen	türkischstämmige Patientinnen
Alter	< 30 Jahre*	87,5	66,1
	30-50 *	80,7	68,4
	> 50 *	84,1	53,8
Erkrankung	gutartig *	83,7	61,0
	bösartig*	79,4	52,9
	Schwangerschafts- störung	92,3	74,2
Therapieart	operativ *	82,2	63,2
	konservativ	88,9	75,0
Schulbesuch	nie		62,5
	in Deutschland*	83,9	71,4
	in der Türkei		61,9
Schulabschluß	keine Schule	0	62,5
	kein Abschluß	83,3	65,5
	Haupt-/Realschule*	81,9	65,6
	Abitur*	86,3	69,0
Erwerbsgruppe	untere*	86,5	66,7
	höhere*	87,1	66,7
	nicht erwerbstätig*	77,8	66,5
Sprachkenntnisse	keine		58,1

(Selbsteinschätzung)	geringe		65,2
	gute	82,6	75,0
Lese- und Schreibfähigkeit	türkisch mit Hilfe		73,1
	türkisch		51,1
	deutsch mit Hilfe	83,3	87,0
	deutsch*	82,6	71,4
Gesundheitswissen	gering	81,3	59,0
	mittel*	80,4	66,7
	gut	85,6	82,1

\* = signifikanter Unterschied (d.h.,  $p < 0,05$ ) beim deutsch-türkischen Vergleich

Über alle Altersgruppen hinweg war die Kenntnis der Therapie nach der Aufklärung bzw. am Ende des stationären Aufenthaltes bei Patientinnen türkischer Herkunft signifikant niedriger als bei der deutschen Vergleichsgruppe. Im Kollektiv der türkischen Patientinnen zeigte sich darüber hinaus eine deutliche Differenz zwischen den Frauen unter und über 50 Jahren zu Ungunsten der älteren Migrantinnen.

Türkische Patientinnen mit gutartigen, aber auch mit malignen Erkrankungen kannten die bei ihnen durchgeführte Therapie signifikant seltener als Patientinnen der Vergleichsgruppe. Im türkischen Kollektiv war nur jeder zweiten Patientin mit einer bösartigen Erkrankung die durchgeführte Therapie vollständig bekannt.

Türkische Patientinnen mit geringen oder schlechten deutschen Sprachkenntnissen kannten ihre vollständige Therapie seltener als Patientinnen mit guten Sprachkenntnissen. In der türkischen Patientinnengruppe zeigte sich eine deutliche Staffelung der Häufigkeit in Abhängigkeit vom allgemeinen Gesundheitswissen: Migrantinnen mit dem geringsten Wissen konnten am seltensten die bei ihnen durchgeführten Behandlungsmaßnahmen genau benennen.

Tabelle 5.6.15: Posttherapeutische Kenntnis der Diagnose nach Migrationsstatus

erste Migrationsgeneration (n=97)	57,7%
zweite Migrationsgeneration (n=75)	69,30
nachgezogenen Ehefrauen (n=20)	75,0

Patientinnen der zweiten Generation waren nach der Aufklärung häufiger gut über ihre Therapie informiert als Patientinnen der ersten Einwanderergeneration.

Zur Erklärung der beschriebenen Unterschiede im Kenntnisstand bei den Patientinnen auch nach dem Aufenthalt in der Klinik, nachdem also zahlreiche Aufklärungs-

und Visitengespräche stattgefunden haben, dürften ebenfalls Verständigungsschwierigkeit und ein unterschiedliches Basiswissen, auf dem von Seiten des medizinischen Personals (z. T. fälschlicherweise) aufgebaut wird, beigetragen haben.

Crane (1997) konnte bei der Befragung von Patienten in einer amerikanischen Notfallambulanz aufzeigen, daß über 80% der englischsprachigen Patienten, aber nur 60% der spanischsprachigen Patienten ihre Diagnose und Therapie kannten. Gartner (1996) nannte als Gründe für Informationsdefizite gynäkologischer Patientinnen, die sich subjektiv gut informiert fühlten, aber ihre Diagnose nicht richtig bezeichnen konnten, eine die Patienten überfordernde Komplexität medizinischer Zusammenhänge und das Übersehen eines zusätzlichen Informationsbedürfnisses durch die Ärzte. Außerdem können Zeitdruck und mangelndes Vertrauen zu Vermeidungsstrategien und Hemmungen auf Seiten der Patientinnen führen. Diese verhindern ein Nachfragen im Gespräch (Wolf 1996, Siegrist 1995).

### 5.6.5.3.3 Veränderungen in den Kenntnissen

Zur Beantwortung der dritten, anfangs gestellten Frage, ob die Patientinnen informierter die Klinik verlassen als sie sie betreten haben, wurden die Anteile prä- und posttherapeutisch guter oder weniger guter Kenntnisse über Diagnose und Therapie gegenübergestellt. Die Tab. 5.6.16 zeigt zunächst die prozentualen Anteile von Patientinnen mit vollständiger Kenntnis am Anfang bzw. am Ende des Klinikaufenthaltes. Die Tab. 5.6.17 verdeutlicht die Veränderungen im Kenntnisstand im prä- / posttherapeutischen Vergleich je nach Ethnizität.

Tab. 5.6.16: Anteil der Patientinnen mit vollständigen Kenntnissen  
über Diagnose und Therapie (in %)

vollständige Kenntnis	deutsche Patientinnen	türkischstämmige Patientinnen
der Diagnose		
<b>prä</b> therapeutisch	75,1	62,1
<b>post</b> therapeutisch	78,8	55,5
der Therapie		
<b>prä</b> therapeutisch	81,1	70,9
<b>post</b> therapeutisch	82,6	65,7

Tab. 5.6.17: Prä- und posttherapeutische Veränderungen im Kenntnisstand nach Ethnizität (Häufigkeit in %)

	<b>posttherapeutisch nicht vollständige</b> Kenntnis der Diagnose bzw. von <i>Therapiemaßnahmen</i>	
	deutsche Patientinnen	türkischstämmige Patientinnen
<b>prätherapeutisch nicht vollständige</b> Kenntnis der Diagnose *	57,5	72,9
<b>prätherapeutisch vollständige</b> Kenntnis der Diagnose *	7,5	28,2
<b>prätherapeutisch nicht vollständige</b> Kenntnis der Therapie *	59,2	81,0
<b>prätherapeutisch vollständige</b> Kenntnis der Therapie *	7,6	14,3

\* = signifikanter Unterschied (d.h.,  $p < 0,05$ ) beim deutsch-türkischen Vergleich

Faßt man die Informationen aus beiden Tabellen kurz zusammen, so ist zu konstatieren, daß es in der türkischen Patientinnengruppe signifikant mehr Frauen gibt, die nach der Aufklärung und Information im Krankenhaus eher schlechter Bescheid wußten als bei der Klinikaufnahme. Bei 28% der türkischen Patientinnen, und damit fast viermal häufiger als bei deutschen Frauen (7,5%), ließ sich feststellen, daß die Diagnose nach der Aufklärung nicht mehr genau bekannt war, obwohl sie zuvor noch vollständig benannt werden konnte. Ähnlich, aber in der Tendenz etwas besser, verhält es sich beim Vergleich der Kenntnisse über durchgeführte Therapiemaßnahmen. Insgesamt kam es bei einem Teil der Migrantinnen zu einem Informationsverlust bei der Kenntnis von Diagnose und Therapie, während für die deutsche Vergleichsgruppe ein ganz geringer Wissenszuwachs von 1-3% nachweisbar ist.

Die Diskussion des etwas überraschenden Untersuchungsergebnisses, daß türkische Patientinnen am Ende des Krankenhausaufenthaltes weniger über ihre Erkrankung und deren Behandlung wußten als zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme, ist schwierig. Die Vermittlung krankheits- und behandlungsbezogener Informationen im Krankenhaus erfolgt – neben sog. informellen Quellen (Schwestern, Bettenachbarin, Besucher) – überwiegend über die ärztlichen Aufklärungsgespräche, in deren Folge es zu einer Veränderung im Wissenstand der Patienten kommen sollte. Während es in der Studie von Ebert-Hampel und Hölzle (1983) bei allen gynäkologischen Patientinnen, unabhängig vom Vorwissen, zu einem Wissenszuwachs kam, wußte in einem von Strauß

(1984) befragten Kollektiv – ähnlich wie in unserer türkischstämmigen Gruppe – mehr als jede fünfte Patientin nach der Aufklärung weniger über ihre Diagnose und Therapie als vorher.

Insbesondere bei einer lebensbedrohlichen bzw. das Leben einschneidend verändernden Krebserkrankung kann es ja eigentlich nicht hingenommen werden, daß die Diagnoseaufklärung wie auch die Information über die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen in der Klinik bei einem Teil der Patientinnen türkischer Herkunft nicht gegriffen haben.

Der Vermutung, daß die Patientinnen im Zeitverlauf den Inhalt des Aufklärungsgesprächs vergessen haben und ihn deshalb nicht mehr wiedergeben konnten (Kennedy 1979), widerspricht Sulmasy (1994). Er konnte zeigen, daß direkt nach der Operation und nach mehreren Tagen befragte Patienten keine Wissensunterschiede in Abhängigkeit vom Befragungszeitpunkt aufwiesen. Strauß (1984), der den Zusammenhang von Veränderungen im Wissen und Angst untersuchte, kam zu dem Schluß, daß schon vorher besser informierte Patientinnen weniger Angst während und nach dem klinischen Aufklärungsgespräch empfinden. Ebert-Hampel und Hölzle (1983) konnten zeigen, daß andererseits je weniger ängstlich und entspannt sich die Patientinnen vor und nach dem Aufklärungsgespräch einschätzten, desto mehr konnten sie sich an zusätzlich erworbene Informationen erinnern.

Siegrist (1995) beschrieb einen bei niedrigen sozialen Schichten zu beobachtenden Informationsverlust bei der Aufklärung. Niedriger sozialer Status und geringes Bildungsniveau, beides für das Gros der Migrantinnen zutreffende soziodemographische Charakteristika, gehen demnach häufig mit einem eingeschränkten Sprachcode einher, der die soziale Interaktion beeinträchtigt. Ausdrucksschwächen und ungenaue Äußerungen von Informationsbedürfnissen auf Seiten der Patientinnen bei gleichzeitig differenziert ausgebildetem Sprachverhalten der Ärzte erzeugen so Mißverständnisse auf beiden Seiten.

#### **5.6.5.3.4      Übereinstimmung von Einweisungs- und Entlassungsdiagnose**

Die Diagnose, die zur Klinikaufnahme führte, entsprach sowohl im türkischstämmigen als auch im deutschen Patientinnenkollektiv zu etwa 90% der Entlassungsdiagnose.

Tab. 5.6.18: Übereinstimmung von Einweisungs- und Entlassungsdiagnose (in %)

	deutsche Patientinnen (n=317)	türkischstämmige Patientinnen (n=262)
Übereinstimmung		
vollständige	90,5	88,9
teilweise	7,9	8,8
keine	1,6	2,3

Damit bestätigt sich unsere Hypothese nicht, daß sich Verständigungsprobleme z. B. in einer auffälligen Diskrepanz von Einweisungs- und Entlassungsdiagnosen insbesondere in der türkischen Untersuchungsgruppe äußern müßten. In beiden Patientinnengruppen handelte es sich auch beim überwiegenden Teil der abweichenden Diagnosen nicht um Fehldiagnosen sondern um die Hauptdiagnose erklärende oder ergänzende Befunde.

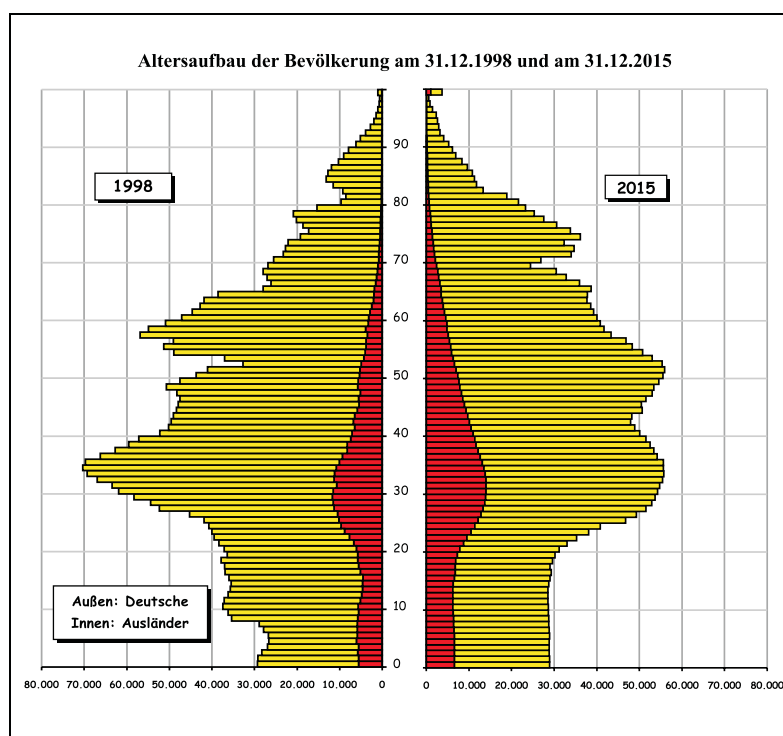
Unsere auf Hinweisen von Theilen (1985) und Rehbein (1986) beruhende Annahme, daß sich ein Unterschied nachweisen läßt, der vor allem auf Verlegenheits- und Fehldiagnosen auf Grund sprachliche Verständigungsprobleme der Patienten mit den niedergelassenen (bzw. einweisenden) Ärzten zurückgeführt wurde, bestätigte sich nicht. Auch Collatz (1992) berichtete, daß bei unzureichenden Verständigungsmöglichkeiten zwischen Arzt und Patienten nichtdeutscher Herkunft deutliche Unterschiede in der Diagnosestellung nachweisbar sind.

## 5.7 Die Wechseljahre der Frau – Kenntnisse und Meinungen im Vergleich

### 5.7.1 Einleitung

Bevölkerungsprognosen für die nächsten Jahrzehnte gehen von einem Anstieg der Lebenserwartung mit einem daraus resultierenden hohen Anteil von alten und sehr alten Menschen an der Bevölkerung bei gleichzeitig geringer Fertilitätsrate der jüngeren aus. Der Hauptteil der Population der Älteren wird auf Grund der höheren Lebenserwartung von Frauen gebildet. Nach Schmidt-Gollwitzer (1998) steigt der Anteil der postmenopausalen Frauen in Deutschland in der Dekade 2000 bis 2010 um über 15%. Morbiditätsprobleme werden demzufolge hauptsächlich durch den Gesundheitszustand der älteren und sehr alten Frauen bestimmt.

Abb. 5.7.1: Bevölkerungsprognose für Berlin 1998-2015, Entwicklung der Bevölkerung in Berlin und den Bezirken (Quelle: Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 2001)



Die Abbildung 5.7.1 zeigt den Altersaufbau der Berliner Bevölkerung von 1998 und entsprechend einer Prognose für das Jahr 2015. Bei solchen Prognosen wie auch bei der Konzeption von Präventionsprogrammen oder der Erstellung von Informationsmaterialien z. B. über Nutzen und Risiken einer präventiven oder therapeutischen Hormonsubstitution hat man zumeist nur die Gruppe der deutschen Frauen im Blick.



Die zahlreichen Migrantinnen der 1. Generation, die z. B. im Rahmen der Anwerbeabkommen in den 60er und frühen 70er Jahren als junge Frauen aus Griechenland, Italien, Jugoslawien oder der Türkei nach Deutschland kamen, sind jedoch mittlerweile um oder über 50 Jahre alt. Da weiterhin überwiegend junge Menschen zuwandern, verlangsamt eine höhere Zuwanderung zwar das Altern der ausländischen Bevölkerung – so waren 1995 nur 5,3% der Ausländer in Deutschland über 60 Jahre alt – aber nach Prognosen von Münz et al. (1997) wird dieser Anteil älterer Migranten in den nächsten 30 Jahren auf das Vierfache steigen und 2030 22,2% erreichen.

Neben diesen epidemiologischen spielen natürlich vor allem psychische Aspekte eine Rolle: Das Klimakterium / die Perimenopause gilt neben der Pubertät als besonders krisenanfällig. Die psychische Situation im Menopausenalter ist durch gesellschaftliche, kulturelle und soziale Einflüsse einem wesentlichen Wandel unterworfen. Nach Rösler und Wilken (1991) können sich auf der Basis von Voreinstellungen und der Erwartungshaltung zu den Wechseljahren Konflikte in Abhängigkeit vom Erleben des eigenen Körpers, der Partnerbeziehung, der sexuellen Erlebnisfähigkeit und der beruflichen und familiären Situation der Frau ergeben. Frauen haben im Klimakterium nicht nur körperliche Veränderungen zu bewältigen, sondern oft das Problem, sich sozial völlig neu orientieren zu müssen (Tod der Eltern, Kinder aus dem Haus, Aufgabe der Berufstätigkeit usw.) (Merkle 1998).

Schließlich kann man sich dem Thema ‚Wechseljahre der Frau‘ auch mit kulturvergleichenden bzw. ethnomedizinisch ausgerichteten Überlegungen nähern. Lock hat dazu in einer der wenigen Arbeiten mit dieser Sichtweise 1998 drei anthropologisch orientierte Konzepte vorgestellt: 1. Die Menopause als biologische Adaptation bzw. Evolutionsprodukt (die Rolle der Großmutter als Hüterin der Nachkommen in den steinzeitlichen Gemeinschaften der Jäger und Sammler), 2. Menopause als kulturelles Konstrukt (Einführung Anfang des 19. Jahrhunderts als die Lebensvorgänge der Frauen zunehmend Gegenstand der Medizin wurden), 3. (Post-) Menopause als kultureller Artefakt bzw. Produkt technologischer Eingriffe in die Natur (durch eine heute durchschnittlich längere Lebenserwartung wird diese Lebensphase überhaupt von den meisten Frauen erreicht – und entsprechende Beschwerden können u. U. so erst erlebt werden...).

Aufbauend auf solchen anthropologisch-theoretischen Überlegungen ergibt sich die Frage, ob Frauen aller Kulturkreise – bei gleicher biologischer Basis in dieser Übergangsphase – klimakterische Beschwerden haben (müssen). Kuhl und Tauber (1987) faßten in ihrer Monographie „Das Klimakterium“ ethnologische und anthropologische Forschungsergebnisse wie folgt zusammen: 1. Das klimakterische Syndrom ist ein Krankheitsbild, das nur im Kulturkreis der westlichen Welt eine Rolle spielt. 2. Frauen aus den unteren sozio-ökonomischen Schichten leiden unter den Auswirkungen dieses Syndroms häufiger als bessersituierte Frauen.

Die beiden Autoren erwähnen jedoch gleichzeitig, daß dieses Konzept einer kulturell verankerten Genese des klimakterischen Syndroms nicht unwidersprochen geblieben ist, da z. B. über Beschwerden von Frauen in den Entwicklungsländern nur einige wenige repräsentative Studien vorliegen.

Mit einer vergleichenden Befragung von türkischen Migrantinnen und deutschen Frauen zum Themenkomplex ‚Wechseljahre‘ sollten nun folgende Fragen beantwortet werden:

1. Gibt es Unterschiede zwischen deutschen und türkischstämmigen Frauen beim Wissen über Erkrankungsrisiken, die im Zusammenhang mit den Wechseljahren auftreten können?
2. Variiert die Bewertung des Klimakteriums als Umbruchphase im Leben einer Frau in Abhängigkeit von sozio-kulturellen Faktoren?
3. Differiert die Einstellung und das Wissen zum Thema Wechseljahre bei den türkischstämmigen Frauen je nach Migrationsgeneration oder Altersgruppe?

### **5.7.2 Methodik**

In den Fragebogen zu den Kenntnissen der Patientinnen über ihren Körper, Verhütung und Vorsorge (gekürzte und modifizierte Version eines Fragebogens von Effmert (2000)) waren folgende fünf Fragen zu Kenntnissen und Meinungen über die Wechseljahre integriert: Haben Sie sich schon einmal mit dem Thema Wechseljahre beschäftigt? Welche möglichen Beschwerden gibt es? Welche Erkrankungen können im Zusammenhang mit den Wechseljahren auftreten? Wie denken Sie allgemein über diese Lebensphase?

Dieser Fragebogenteil lehnt sich eng an einen Fragebogen der Arbeitsgruppen um Hinze und Maschewski-Schneider (Bremer Institut für Präventionsforschung und

Sozialmedizin, Befragung ‚Frauen, Leben, Gesundheit‘) aus der Frauengesundheitsforschung an.

Um sowohl mögliche Unterschiede zwischen den Generationen bei den türkischen Migrantinnen als auch sozio-kulturell determinierte Differenzen zwischen Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft erfassen zu können, erfolgte eine entsprechende Gruppenbildung und eine separate Auswertung innerhalb des Kollektivs der türkischen Migrantinnen nach Migrationsgeneration (1. Generation, 2. Generation, nachgezogene Ehefrauen) und Altersgruppen (< 30, 30-50, > 50 Jahre) sowie zwischen den befragten über 50jährigen Frauen der deutschen und der türkischstämmigen Patientinnengruppe.

### **5.7.3 Ergebnisse und Diskussion**

#### **5.7.3.1 Vergleich zwischen deutschen und türkischstämmigen Patientinnen**

Für den Vergleich wurden zunächst nur die Antworten der Patientinnen herangezogen, die zum Zeitpunkt der Befragung über 50 Jahre alt waren, die also das Thema ‚Wechseljahre‘ unmittelbar als aktuelle oder schon durchlaufene Lebensphase betraf. Die Gruppengröße reduzierte sich dadurch deutlich: Es waren 29 türkischstämmige und 89 deutsche Patientinnen. (Wegen der besseren Übersichtlichkeit werden trotzdem die Ergebnisse als Prozentzahlen angegeben.)

87% der Migrantinnen und 94% der deutschen Frauen, die auf die entsprechende Frage antworteten, hatten sich schon einmal mit dem Thema Wechseljahre beschäftigt.

Als Beschwerden, die ihrer Meinung nach Wechseljahre begleiten können, gaben fast 90% der Migrantinnen und 100% der deutschen Frauen Hitzewallungen an. Auf Platz zwei der Symptomliste (keine Vorgaben) folgten Stimmungsschwankungen (deutsche Patientinnen 51%, türkische Patientinnen 63%) und unregelmäßige Blutungen (deutsche Patientinnen 18%, türkische Patientinnen 21%). 35% der befragten türkischstämmigen und 18% der deutschen Frauen nannten kein Symptom.

Hinsichtlich der Identifizierung möglicher Erkrankungsrisiken im Zusammenhang mit den Wechseljahren unterschieden die Antworten sich deutlich, wie die Tab. 5.7.1 zeigt.

Tab. 5.7.1: „Welche dieser Erkrankungen können im Zusammenhang mit den Wechseljahren auftreten?“ (befragte Frauen > 50 Jahre; Mehrfachantworten möglich; in %)

Antworten	türkische Patientinnen (n=25)	deutsche Patientinnen (n=83)
weiß ich nicht	60	10,8
keine	8	4,8
Verkalkung der Blutgefäße		8,4
verstärkter Knochenabbau	32	79,5
Zuckerkrankheit	4	6
Brustkrebs	4	14,5
Herzinfarkt	4	10,8

Ein Drittel der deutschen, aber nur etwa 10% der antwortenden türkischen Frauen nannten jeweils mehrere Erkrankungen.

Der Anteil der Migrantinnen, die die Frage nach Erkrankungen im Zusammenhang mit den Wechseljahren mit ‚weiß ich nicht‘ beantworteten, betrug je nach Altersgruppe in unserer Studie zwischen 50 und 60% gegenüber 10,8% bei den deutschen Patientinnen, die deutlich besser informiert sind. 8% der türkischstämmigen Frauen über 50 Jahre sahen keine Erkrankungsrisiken. Bei den von den wenigen antwortenden türkischen Frauen genannten Risiken dominierte eindeutig die Osteoporose.

Generell zeigen die Antworten auf Fragen nach weiblichen Körperfunktionen und -aufbau, Präventionsmaßnahmen und Kontrazeption in unserer Studie deutlich geringere Kenntnisse der türkischen gegenüber den deutschen Frauen, und zwar auch bei gleicher Schulbildung (siehe Kap. 5.6).

Für die Übersicht zur Antworthäufigkeit beim Meinungsbild über die Wechseljahre allgemein haben wir unseren beiden Untersuchungsgruppen zwei Studienpopulationen aus Bremen (30-74jährige Frauen) bzw. Magdeburg (46-60jährige Frauen) gegenübergestellt, die 1995/96 mit dem gleichen Fragebogen ebenfalls im Rahmen einer Public Health-Studie befragt worden sind (Hinze et al. 1999) (Tab. 5.7.2). Leider ist in dem von uns befragten türkischstämmigen Teilkollektiv (> 50 J.) bei dieser Frage die Anzahl der nichtantwortenden Frauen sehr hoch (45%), so daß die Vergleichbarkeit stark eingeschränkt ist.

Tab. 5.7.2: „Wie denken Sie über die Wechseljahre?“ – Vergleich der Antworten der Studienpopulationen aus Magdeburg, Bremen und Berlin (deutsche und türkischstämmige Patientinnen) (in %)

Antwortvorgaben (Mehrfachnennungen möglich)	Magdeburg (n=412)	Bremen (n=278)	Berlin - deut. Pat. (n=83)	Berlin - türk. Pat. (n=16)
Normale Phase im Leben einer Frau	90,0	90,3	94	68,8
Lebensabschnitt mit neuen Zielen	18,9	27,7	48,2	12,5
Vorübergehende Phase mit körperlicher und seelischer Beeinträchtigung	49,5	52,2	69,9	75
Außer daß keine Schwangerschaft mehr möglich ist, keine Veränderung	26,2	17,9	25,3	25
Frauen sind in den Wechseljahren gesellschaftlichen Vorurteilen ausgesetzt	4,9	5,7	13,3	18,8
In den Wechseljahren läßt die Attraktivität nach	9,0	8,6	6	12,5
In den Wechseljahren sind die Frauen nicht mehr so leistungsfähig	15,8	15,1	12	25

Hunter (1993) und Röring (1994) verweisen darauf, daß das Auftreten und der Schweregrad von klimakterischen Beschwerden stark von der gesellschaftlichen Stellung der Frau in einem Land und der Bewertung dieser Lebensphase der Frau in der Öffentlichkeit abhängen. In Ländern, in denen sich der gesellschaftliche Status von Frauen mit zunehmendem Alter erhöht, wird kaum über Beschwerden in der Menopause berichtet (z. B. China, Indien). Aus den entwickelten Industrieländern Europas und Nordamerikas wiederum ist der positive Einfluß einer befriedigenden Berufstätigkeit und einer positiven Lebensgestaltung auf einen beschwerdefreien Verlauf und eine konstruktive Bewältigung der Wechseljahre hinreichend durch wissenschaftliche Studien bewiesen (Hinze et al. 1999). Nach Sturdee (1997) beträgt die Inzidenz von Hitzewallungen bei postmenopausalen Frauen in Europa 70-80%, in Malaysia 57% und in China 18%. Ergebnisse einer vergleichenden Befragung von 1.225 Japanerinnen, 307 Kanadierinnen und 7.802 Frauen aus den USA zeigen auch interethnische Unterschiede zwischen den Industrieländern: Insbesondere vasomotorisch bedingte klimakterische Symptome wie ‚hot flashes‘ und nächtliches Schwitzen

treten in Japan wesentlich seltener auf. Lock (1998) schlußfolgert daraus, daß der (kulturell vermittelte) Lebensstil einen Hauptanteil zum gesundheitlichen Befinden der Frau beiträgt und daß er die Erfahrungen der Frauen im Klimakterium beeinflusst. Vor dem gerade skizzierten Hintergrund muß beim Vergleich der Meinungen türkischstämmiger und deutscher Frauen zum Thema Klimakterium/Menopause der Einfluß verschiedener Formen weiblicher Sozialisation und von kulturell-ethnischen Faktoren beachtet werden.

Unabhängig von der Ethnizität hatten sich fast 90% der Frauen der von uns befragten Frauen schon einmal mit dem Thema Wechseljahre befaßt. Es wurden von den meisten Frauen beider Gruppen die gleichen Beschwerdesymptome als mögliche Begleiterscheinung der Wechseljahre genannt, wenngleich deutlich mehr türkische Frauen der Altersgruppe über 50 Jahre keine Symptome angaben. Möglicherweise spielt hier die bereits erläuterte kulturelle Prägung eine Rolle. Auch bei der Einschätzung der Wechseljahre als einer ‚normalen Phase im Leben einer Frau‘ gab es deutliche – wahrscheinlich sozial und ethnisch bedingte – Unterschiede. Knapp 70% der türkischen, aber über 90% der deutschen Patientinnen dachten so über die Wechseljahre. Die Meinungen differieren aber noch stärker beim Aspekt ‚neue Phase des Lebens / neue Möglichkeiten‘. Die befragten deutschen Patientinnen waren deutlich häufiger mit dieser vorgegebenen Einschätzung einverstanden als die türkischen (48 vs. 12%). Für die befragten deutschen Frauen stellt das Älterwerden offenbar auch eine Chance der Neuorientierung dar.

Für die türkischen Frauen spielte hingegen vor allem die nachlassende Leistungsfähigkeit in den Wechseljahre eine große Rolle (25% vs. 12% der deutschen Frauen), was wahrscheinlich mit ihrer stärkeren familiären Belastung und den häufig ungünstigeren Arbeitsbedingungen zusammenhängt.

Die Frage, ob jede Frau Beschwerden in der Menopause haben muß, bejahte eine deutlich größere Anzahl von türkischen als von deutschen Frauen (35% vs. 7,4%). Nach Röring (1994) werden Wechseljahre in der Türkei als etwas negatives angesehen. Da die Menstruation als Reinigungsprozeß verstanden wird, sei mit den Wechseljahren ein (negativ bewerteter) Verlust der Reinigungsfähigkeit verbunden. Türkinnen brächten diese Lebensphase mit Beschwerden wie Hitzewallungen und ‚Nervenkrisen‘ in Zusammenhang. Genaue Zahlenangaben zum Vergleich liegen nicht vor.

### 5.7.3.2 Unterschiede innerhalb der Gruppe türkischer Migrantinnen

80% der Frauen der ersten und 65% der Frauen der zweiten Migrantinnengeneration hatten sich mit dem Thema Wechseljahre schon einmal beschäftigt. Erwartungsgemäß hatten dies mit höherem Lebensalter bereits mehr Frauen getan, nämlich 65% der antwortenden Migrantinnen unter 30 Jahren, 75% der Frauen zwischen 30 und 50 sowie 87% der Türkinnen über 50 Jahren. Von den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten für mögliche Wechseljahrsbeschwerden wurden in allen drei Altersgruppen bzw. den Migrationsgenerationen Hitzewallungen (60-90% der Nennungen) und Stimmungsschwankungen (69-76 %) am meisten genannt.

Die Tabelle 5.7.3 zeigt die Antworthäufigkeiten auf die Frage nach möglicherweise auftretenden Erkrankungen.

Tab. 5.7.3: „Welche dieser Erkrankungen können im Zusammenhang mit den Wechseljahren auftreten?“ (Mehrfachantworten möglich; Angaben in %)

Antworten	< 30 Jahre (n=107)	30-50 Jahre (n=95)	> 50 Jahre (n=25)
weiß ich nicht	58,9	47,4	60
keine	17,8	14,7	8
Verkalkung der Blutgefäße	4,7	8,4	-
verstärkter Knochenabbau	12,1	30,5	32
Zuckerkrankheit	6,5	3,2	4
Brustkrebs	5,6	6,3	4
Herzinfarkt	0,9	5,3	4

Differenziert man die Antworten auf die Frage nach perimenopausalen Erkrankungsrisiken nach 1. und 2. Migrantinnengeneration bzw. nachgezogenen Ehefrauen, fällt der mit 70% hohe Anteil der Antwort ‚weiß ich nicht‘ bei der letztgenannten Gruppe relativ junger Frauen auf. Die Antworthäufigkeiten der Frauen der (älteren) 1. Generation türkischer Migrantinnen decken sich in etwa mit denen der oben aufgeführten Subgruppe aller türkischen Frauen über 50 Jahre.

Gegenwärtig spielt die Hormonsubstitutionstherapie meist mit Estrogen/Gestagen-Kombinationen die Hauptrolle in der perimenopausalen Beschwerdeprävention, der

Behandlung von klimakterischen Symptomen und der langfristigen Prophylaxe von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose. Dieses Konzept der Medikalisierung einer natürlichen weiblichen Übergangsphase ist jedoch nicht unumstritten, die Menopause ist nicht per se ein zur Krankheit führender Prozeß (Schindele 1997). Über eventuell mit der Hormonsubstitution verbundene erhöhte Karzinomrisiken wird derzeit in Deutschland kontrovers diskutiert (Koch 2000, Rabe 2000).

Damit sich eine Frauen aber überhaupt für oder gegen eine Hormonsubstitution entscheiden kann, muß sie über das Für und Wider, über die medikamentösen und nichtmedikamentösen Möglichkeiten informiert sein. In diesem Sinne kann Informiertheit – die offenbar insbesondere unter den türkischen Frauen der 1. Migrationsgeneration schlecht ist – der Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit der Frauen dienen.

Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse einer 1996 von der EU in einigen europäischen Ländern durchgeführten Befragung über Hormonersatztherapie und assoziierte Fragen. Sie hat ergeben, daß Frauen zwischen 50 und 64 Jahren zu 47% und von 65 Jahren und mehr zu 59% schlecht zu diesem Thema informiert waren (Rozenberg et al. 2000). Es bestanden z. T. erhebliche Schwankungen im Informationsgrad der befragten Frauen zwischen den EU-Ländern: Am besten informiert waren die Frauen in Luxemburg, Finnland und Schweden, am schlechtesten in Spanien, Portugal und Irland. Das Nutzungsverhalten von Hormonersatzpräparaten war dazu proportional – wo eine gute Informiertheit vorlag, war die Nutzungsrate hoch.



Tab. 5.7.4: „Wie denken Sie über die Wechseljahre?“  
– Antworten der türkischstämmigen Migrantinnen (in %)

Antwortvorgaben (Mehrfachnennungen möglich)	1. Gen. (n=65)	2.Gen (n=66)	< 30 J. (n=87)	30-50 J. (n=74)	>50 J (n=16)
Normale Phase im Leben einer Frau	69,2	78,8	77	74,3	68,8
Lebensabschnitt mit neuen Zielen	13,8	16,7	9,2	24,3	12,5
Vorübergehende Phase mit körperlicher und seelischer Beeinträchtigung	67,7	56,1	59,8	58,1	75
Außer daß keine Schwangerschaft mehr möglich ist, keine Veränderung	18,5	27,3	32,2	17,6	25
Frauen sind in den Wechseljahren gesellschaftlichen Vorurteilen ausgesetzt	10,8	3	2,3	6,8	18,8
In den Wechseljahren läßt die Attraktivität nach	9,2	7,6	6,9	5,4	12,5
In den Wechseljahren sind die Frauen nicht mehr so leistungsfähig	10,8	10,6	10,3	8,1	25

In der Tabelle 5.7.4 sind die Antworten auf die Frage „Wie denken Sie über die Wechseljahre?“ zusammengefaßt. Die befragten Frauen der 2. Migrantinnengeneration sehen die Wechseljahre eher als eine normale Phase im Leben einer Frau an. Das Meinungsbild dieser in Deutschland aufgewachsenen bzw. sozialisierten jüngeren türkischstämmigen Frauen nähert sich damit dem der deutschen Patientinnen an.

## **5.8 Unterschiede in der subjektiven Krankheitstheorie**

### **5.8.1 Definition und Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien**

Patienten entwickeln unabhängig vom fachlichen Urteil klinischer Experten persönliche Vorstellungen über ihre Krankheit. Unter einer solchen subjektiven Krankheitstheorie versteht man gedankliche Konstruktionen Kranker über das Wesen, die Verursachung und die Behandlung ihrer Erkrankung. Diese individuell gebildete Theorie ist das kognitive Ergebnis der Auseinandersetzung mit der Erkrankung (Faller 1991). Christeiner (1999) verwendet den Begriff Laienkonzepte, die sie als laienspezifische Deutungs- und Handlungssysteme von Personen mit körper-, gesundheits- und krankheitsbezogenen Inhalten in unterschiedlichen Differenzierungsgraden definiert. Synonyme sind Alltagswissen bzw. Alltagsvorstellungen von Gesundheit und Krankheit, Laientheorie, naive Theorie, subjektive Theorie, subjektive Konzepte, subjektive Vorstellungen, subjektive Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit (Christeiner 1999).

Zur Unterscheidung von Laien- und Expertentheorien sind aus psychologischer bzw. soziologischer Sicht nach Bischof und Zenz (1989) zwei Kriterien anzuführen:

1. die Rollendefinition in der Arzt-Patient-Beziehung  
(Der Arzt ist gegenüber dem Patienten in der konkreten Arzt-Patient-Beziehung per se der Experte, die Vorstellungen des Patienten sind also (zunächst einmal) immer Laienkonzepte).
2. die persönliche Betroffenheit durch die Krankheit  
(Der Patient versucht, sich mit seiner Laientheorie als kranker Mensch zu verstehen, während der Arzt mit der Expertentheorie die Krankheit erklären möchte.)

Nach Verres (1986) sind subjektive Theorien im allgemeinen durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- *mögliche Inkonsistenz*  
–auch logisch unvereinbare Vorstellungen können widersprüchlich und unverbunden nebeneinander bestehen;
- *mögliche Instabilität über die Zeit*  
–die Theorien können sich je nach dem aktuellen Erkrankungskontext ändern;
- *mögliche Bedeutung von Affekten und Affektdynamik*  
– die einzelnen Krankheitsvorstellungen sind durchsetzt von Konnotationen, Symbolik, Metaphorik und Wahrnehmungsabwehr;

- *prozessualer Charakter* –  
Laienvorstellungen sind adaptive Prozesse, so daß es z. B. im Verlaufe einer Krankheit durchaus Modifikationen bzw. völlige Änderungen der Laientheorie geben kann.

Der Entwicklungsstand einer subjektiven Krankheitstheorie hängt stark von der persönlichen Betroffenheit ab. Je bedrohlicher die Krankheit z. B. eine Krebserkrankung ist, um so weniger reicht es offenbar aus, sich auf die primär kognitiven Aspekte zu konzentrieren. Emotionale Abwehr- und Verarbeitungsmechanismen der Patienten interferieren dann stärker mit den rationalen Erklärungsanteilen. Die subjektive Krankheitstheorie wird nach Veress (1986) im Verlaufe einer Erkrankung z. B. im Rahmen des Verarbeitungsprozesses einer Krebserkrankung konkreter und kann, wie bereits betont, durchaus revidiert werden. Auch Sensky (1997) sieht die Krankheitsursachensuche als Anpassungsprozeß.

Die Meinungen in der Attributionstheorie-Forschung sind hier jedoch nicht einheitlich. Neben der Betrachtung der Laientheorie als reaktive, kontextabhängige, situations- und krankheitsspezifische Verarbeitung einer konkreten Krankheitssituation kann man sie auch als Produkt einer bestimmten Persönlichkeit und eines individuellen Attributionsstils sehen. Sie hat dann dispositionalen Charakter und besitzt eine gewisse Stabilität (Bischof u. Zenz 1989).

Nach Becker (1984) haben Art und Dauer der Erkrankung, die Lebensgeschichte und die Persönlichkeit des Patienten, die vorherrschende Wissenschaftstheorie, magisches Denken und ein weit verbreitetes reaktives Kausalbedürfnis (durchaus auch im Sinne von Schuld und Strafe) Einfluß auf die Krankheitstheorien von Patienten.

Die meisten Autoren, die sich mit dem Thema ‚subjektive Krankheitstheorie‘ in den letzten Jahren beschäftigt haben, gehen davon aus, daß es ein allgemeines Bedürfnis des Menschen gibt, (gesundheitsrelevante) Ereignisse nicht nur zu registrieren, sondern auch auf ihre Ursachen zurückzuführen (Sensky 1997, Christeiner 1999). Es hat sich gezeigt, daß die meisten Patienten eine mehr oder weniger umfangreiche Krankheitsursachenvorstellung haben. In verschiedenen Fragebogenuntersuchungen bei Krebspatientinnen gaben nur 10 bis 35% der Frauen keine Laientheorie an (Schuth 1991, Lavery u. Clarke 1996, Leist et al. 1998).

Zahlreiche Autoren haben sich mit der möglichen Bedeutung subjektiver Patiententheorien und ihrer praktische Relevanz für die medizinische und psychosoziale Versorgung Kranker beschäftigt. In der Literatur wird vor allem betont, daß die Gesundheits- und Krankheitsvorstellung der Patienten als bestes Modell zur Erklärung des Therapieverhaltens, der sog. Compliance, dienen können (Flick 1998). Diskrepanzen zwischen der Krankheitstheorie des Arztes und der Patientin werden für eine der Hauptursachen des Nichtbefolgens ärztlicher Anweisungen gehalten (Berg 1998). Veress (1986) stellt im übrigen fest, daß sich subjektive Theorien von Laien keineswegs ärztlicherseits durch einfachen Widerspruch auflösen lassen, sondern daß sie für den Patienten gerade im Falle einer Abweisung seiner Krankheitsursachenvorstellung durch den Arzt zu einer nachhaltigen Störung der Arzt-Patienten-Beziehung führen können.

Auch die Akzeptanz psychologischer und psychosozialer Unterstützung scheint von der subjektiven Krankheitstheorie abhängig zu sein. Unterschiedliche Ursachenvorstellungen haben unterschiedliche Konsequenzen für die Behandlungserwartungen der Patientin bzw. dafür, was sie als hilfreich empfindet; sie können quasi als Indikator genutzt werden (Faller 1991). So fanden sowohl Faller (1991) als auch Leist et al. (1998), daß Tumorpatientinnen mit einem Psychogenese-Konzept an einer psychosoziale Unterstützung besonders interessiert sind und diese auch häufiger in Anspruch nehmen. Auch die Ergebnisse von Zenz et al. (1989) bestätigen, daß es eine enge Beziehung zwischen Krankheitstheorie und Behandlungserwartung gibt. Zumindest die Patienten, die eine psychosoziale Laintheorie haben, möchten auch psychosozial behandelt werden bzw. stehen einer solchen Behandlungsmöglichkeit sehr offen gegenüber.

Neben Vorerfahrungen mit anderen Krebskranken im Familien- oder Bekanntenkreis ist insbesondere bei Krebspatienten die Laintheorie auch wichtig für die Diagnoseverarbeitung (Schlömer-Doll u. Doll 2000). Das Einbeziehen subjektiver Ätiologievorstellungen kann im ärztlichen Gespräch ein Schlüssel zum Erleben des Patienten sein, dem dann Hilfestellungen für ein adäquates Verarbeitungsverhalten (sog. Coping) gegeben werden können (Schuth 1991). Muthny (1994) betont die wichtige Rolle individueller Vorstellungen über die Ursache der Erkrankung insbesondere in der Frühphase des Coping-Prozesses. Diese sind ein wichtiger Element des kogniti-

ven Teils des Verarbeitungsprozesses, da Erklärungen persönlich entlasten und Sinn stiften können (Muthny 1994).

Lavery und Clarke (1996) fanden bei einer retrospektiven Befragung von 244 australischen Brustkrebspatientinnen, daß die Frauen, die eine Ursachenerklärung hatten, besser an ihre Erkrankung ‚angepaßt‘ waren. Diese Patientinnen waren weniger hilflos, machten weniger Veränderung in ihre sozialen Umwelt durch, suchten mehr Alternativen zur medizinischen Therapie und unternahmen größere Anstrengungen zur Informationssuche über die Krebserkrankung und deren Behandlung (Lavery u. Clarke 1996).

Inhaltlich verwandt mit dem Konzept der subjektiven Krankheitstheorie ist das Konzept der Kontrollüberzeugungen, das sich auf die Erwartungen von Personen bezieht, ob und von wem Ereignisse im eigenen Lebensraum beeinflußbar sind. Menschen unterscheiden sich demnach hinsichtlich ihrer grundlegenden Tendenz, Ereignisse als internal (abhängig vom eigenen Verhalten) oder external (abhängig vom Handeln anderer oder als Folge von Schicksal, Zufall und unbestimmten Mächten) kontrollierbar einzustufen (Christeiner 1999).

Sowohl die Krankheitsursachenvorstellungen als auch die Annahmen zum Verlauf und zur Kontrollierbarkeit von Erkrankungen scheinen kulturabhängig zu sein, wenngleich es nur wenige aktuelle Untersuchungen dazu gibt (Zimmermann 1986, Koen 1986, Payer 1989, Leyer 1991, Klonoff u. Landrine 1994).

Es liegen nur wenige neuere Studien zur subjektiven Krankheitstheorie von in Deutschland lebenden Migranten und zur Rolle kulturspezifischer Krankheitsvorstellungen in der Interaktion mit dem Gesundheitssystem der Bundesrepublik vor (Oezelsel 1999, Zimmermann 2000). Dabei wäre z. B. das Wissen um Besonderheiten und die Auseinandersetzung des Arztes mit den subjektiven Kausalvorstellungen der Patientinnen zu ihrer Erkrankung ein wichtiger Faktor bei der Erhöhung der Mitarbeit des Patienten im Behandlungsprozeß, die letztlich das Therapieergebnis entscheidend mitbestimmt.

Unsere Fragestellung war daher: Welche Faktoren bestimmen die subjektive Krankheitstheorie, sind es soziale, geschlechtsspezifische, kulturspezifische, ethnische, altersbedingte oder Einflüsse bestimmter Krankheitserfahrungen?

### 5.8.2 Methodik: Der Laientheoriefragebogen nach Bischoff / Zenz

Für die Erfassung der individuellen Ursachentheorie der Patientinnen nutzten wir den Laientheoriefragebogen (LTFB) von Bischoff und Zenz (1990).

Der Fragebogen besteht aus einer Liste von 46 möglichen krankheitsverursachenden Umstände. Auf die Frage ‚Was denken Sie, woher Ihre Beschwerden kommen können?‘ soll die Patientin zu jeder dieser möglichen Ursachen angeben, mit welcher Wahrscheinlichkeit diese für ihr jetziges Beschwerdebild verantwortlich sein könnte. Die Patientin kann dazu im Fragebogen eine der fünf Antwortmöglichkeiten von ‚trifft sicher nicht zu‘ (in der Auswertung 1 Punkt) bis ‚trifft ganz sicher zu‘ (in der Auswertung 5 Punkte) ankreuzen. Mehrfachantworten sind möglich, da der Test davon ausgeht, daß die Patientin hinsichtlich ihrer Beschwerden eine multifaktorielle Erklärung im Sinne einer ‚Mosaiktheorie‘ hat. Es wird angenommen, daß sie zumeist mehrere Umstände für ursächlich hält.

Prinzipiell ist es denkbar (nach Bischoff und Zenz (1990)), daß eine Krankheit 1.) von außen oder innen, 2.) durch physische oder psychische Noxen und/oder 3.) vom Patienten selbst oder unabhängig von ihm verursacht ist. Der LTFB ist ein Kompromiß zwischen dem Bemühen, den Erklärungsansatz des Patienten ernst zu nehmen, ihm oder ihr die Möglichkeit zu bieten, viele Umstände, die zur Krankheit geführt haben können, benennen zu können und dem Erfordernis, diese Benennungen in ein ‚globales Weltbild‘ der Medizin einzuordnen (Bischoff u. Zenz 1990). Es entstehen, abgeleitet von der o. g. ‚Drei-Säulen-Theorie‘ der Krankheitsursachenzuschreibung fünf Skalen, die eine bestimmte Interpretation der Patientinnenantworten zulassen:

- a) Die Krankheit ist *psychosozial* bedingt durch einen Sachverhalt in Form einer *äußeren* Einwirkung z.B. familiäre Sorgen, Probleme mit Kollegen, Nachbarn.
- b) Die Krankheit ist bedingt durch einen *psychosozialen* Sachverhalt in Form der eigenen *inneren* Persönlichkeitsdisposition, z. B. zu wenig Willenskraft, Minderwertigkeitsgefühle.
- c) Die Krankheit ist bedingt durch einen spezifischen Umgang mit dem eigenen Körper im Sinne von *Gesundheitsverhalten* wie zu wenig Ruhe, ungesunde Lebensweise u. ä.
- d) Die Krankheit ist bedingt durch einen *naturalistischen* Sachverhalt in Form eines *äußeren* Umstandes, beispielsweise Faktoren wie Klima und Lärm.
- e) Die Krankheit ist bedingt durch einen *naturalistischen* Sachverhalt aufgrund der eigenen *inneren* körperlichen Verfassung, z. B. schwacher Kreislauf, geerbte Anfälligkeit usw.

Bei der Auswertung der 46 Items sind jeder der fünf Hauptskalen (,psychosozial innen‘, ,psychosozial außen‘, ,Gesundheitsverhalten‘, ,naturalistisch außen‘ und ,naturalistisch innen‘) dann jeweils 8 bzw. 10 Fragen zugeordnet. Beispielsweise wird die Antwort auf die Frage ,Könnten Ihre jetzigen Beschwerden dadurch mitverursacht sein, daß Sie sich zu wenig Ruhe gönnen?‘ unter der Hauptskala ,Gesundheitsverhalten‘ subsumiert.

Je höher in der Auswertung die Punktzahl der einzelnen Patientin oder der Patientinengruppe ist, desto häufiger wurde einer der vorgegebenen Sachverhalte mit einer großen Wahrscheinlichkeit seitens der Patientin(nen) als mögliche Krankheitsursache angesehen (Bischoff u. Zenz 1990).

Wir haben hypothetisch angenommen, daß folgende Faktoren die Ausbildung einer subjektiven Krankheitstheorie (zunächst unabhängig von der Erkrankung) beeinflussen könnten und sich damit Unterschiede zwischen der Gruppe der deutschen und der türkischen Patientinnen finden lassen müßten: Ethnizität, Alter, Schulbildung in Deutschland oder der Türkei, Art des Schulabschlusses, (selbsteingeschätzte) deutsche Sprachkenntnisse, Lese- und Schreibfähigkeit, Sozialstatus, vorhandene Erwerbstätigkeit, Religion, Lebenszufriedenheit, Gesundheitswissen, Akkulturation, Migrationsstatus, Gesundheitswissen, Erkrankungsart (somatisch vs. eher funktionell / psychosomatisch) und Krankheitsschwere.

Neben der Basisanwendung des LTFB – dem Berechnen der Ergebnisse der fünf Grundskalen und der Gegenüberstellung von Skalenwerten und einzelnen Einflußfaktoren – besteht die Möglichkeit, zusätzliche Informationen über die subjektive Ursachentheorie der Patienten aus den Testergebnissen abzuleiten. Zum einen kann man berechnen, wie die Anzahl der angegebenen Ursachendimensionen in der Patientenpopulation verteilt ist. Es wird überprüft, wieviele der fünf Skalen zur Erklärung der Krankheitsursache herangezogen wurden. Als positiv beantwortet gilt jede Skala mit mindestens zwei Punkten.

Außerdem haben Bischoff und Zenz (1990) vorgeschlagen, auch die Zahl der beantworteten Einzelfragen zu beachten, unabhängig davon, mit welcher Intensität sie beantwortet wurden. Damit kann eine Aussage darüber gemacht werden, wieviele verschiedene Erklärungsmöglichkeiten für ihre Krankheit die Patientin für möglich hält, wie ,breit‘ ihre Krankheitsursachenvorstellung ist. In Kombination mit der Ska-

lenanzahl, denen sich die Patientinnenantworten zuordnen lassen, ergeben sich nach Bischoff/Zenz vier Patiententypen:

- Typ A* – Patienten ohne eigene Vorstellung über die Krankheitsursache oder mit einer völlig von den Fragebogenvorgaben abweichenden Theorie – es gibt bei diesen Patienten keinen stark ausgeprägten Faktor (= besonders stark ‚bediente‘ Skala) und die Zahl positiv beantworteter Items ist sehr niedrig.
- Typ B* – Patienten mit breiter aber vager Vorstellung – kein stark ausgeprägte Faktoren aber gleichzeitig viele positiv beantwortete Fragen. Der Patient läßt alle Möglichkeiten zu, schließt praktisch keine aus, ist aber offenbar nicht überzeugt von der Gültigkeit einer der Alternativen.
- Typ C* – differenzierte Vorstellung mit 1-3 stark ausgeprägten Faktoren und entsprechender Zahl positiv beantworteter Fragen.
- Typ D* – undifferenzierte Vorstellung mit 4 oder 5 stark ausgeprägten Faktoren und einer großen Zahl positiv beantworteter Fragen („Alles macht mich krank“)

Da die Vorgaben im LTFB-Handbuch nicht sehr konkret sind, haben wir für die statistische Auswertung der Fragebögen im Sinne der o. g. Patienten-Typologie folgende Zuordnung erarbeitet (Tab. 5.8.1) (Die Skalen als solche werden, unabhängig von ihrer Inhaltskomponente, als Dimensionen bezeichnet.):

Tab. 5.8.1:

Patiententyp	Zahl der stärker ausgeprägten Skalen bzw. Dimensionen (ab 50 %)	Perzentil beantworteter Fragen je Skala
A	keine	< 25 %
B	keine	> 75 %
C	1 - 3	25-75 %
D	4 - 5	25-75 %

Vor Beginn der Untersuchung stellten wir die Hypothese auf, daß die türkischstämmigen Migrantinnen im Vergleich zur Gruppe der deutschen Frauen eher Erklärungsmodelle im Sinne einer von außen eindringenden Krankheitsursache angeben und daß sie eine eher ungenaue, wenig differenzierte Krankheitstheorie haben müßten. Wir nahmen außerdem an, daß jüngere und gebildetere Patientinnen eher innerpsychische und Umweltursachen benennen würden.



Für die statistische Auswertung wurde der Kruskal-Wallis- bzw. U-Test sowie der Chi<sup>2</sup>-Test verwendet, die vorgegebene Irrtumswahrscheinlichkeit lag bei 5%. Als Statistik-Programm diente SPSS.

Um der Gefahr methodischer Einseitigkeit zu entgehen, wurden in Ergänzung unserer quantitativen Fragebogenuntersuchung zusätzlich und zeitlich parallel mit je 50 türkischen und deutschen Frauen des Untersuchungskollektivs leitfadenorientierte offene Interviews am Tag vor der Entlassung geführt (Interviewerin: Frau Dipl. Pol. Theda Borde). Diese Gespräche waren problemzentriert. Eine größtmögliche Varianz in der Stichprobe wurde angestrebt, indem ein breites Spektrum von Patientinnen hinsichtlich Erkrankungsart, Alter, Sozialstatus, deutschen Sprachkenntnissen, Bildungsgrad usw. ausgewählt wurde. Die Interviewführung erfolgte je nach Präferenz der Patientinnen in deutscher oder türkischer Sprache und wurde per Tonband protokolliert. Die von den Patientinnen im Interview geäußerten Gedanken und Vorstellungen zur den möglichen Entstehungsursachen und Auslösern ihrer Erkrankung wurden transkribiert. Für die Auswertung wurde eine Methodenkombination von Inhaltsanalyse (Mayring 1983) und der *grounded theory* (Glaser u. Strauss 1967) verwendet. Die Kategorisierung erfolgte z. T. als Doppelblindverfahren.

### **5.8.3 Untersuchungsergebnisse und Diskussion**

#### **5.8.3.1 Subjektive Krankheitstheorie der türkischer Migrantinnen**

In die Auswertung einbezogen werden konnten die Antworten von 219 der 262 türkischstämmigen Patientinnen (84%). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Kategorisierung der subjektiven Krankheitstheorie zwischen den verschiedenen befragten Altersgruppen, keine Abhängigkeit von der Stärke der Religionsverbundenheit, vom Sozialstatus, vom Gesundheitswissen, von der Lebenszufriedenheit, dem Bildungsgrad und der Erkrankungsart im Sinne einer eher somatischen oder einer eher funktionell bedingten Erkrankung bei den entsprechenden Untergruppen der befragten türkischen Migrantinnen.

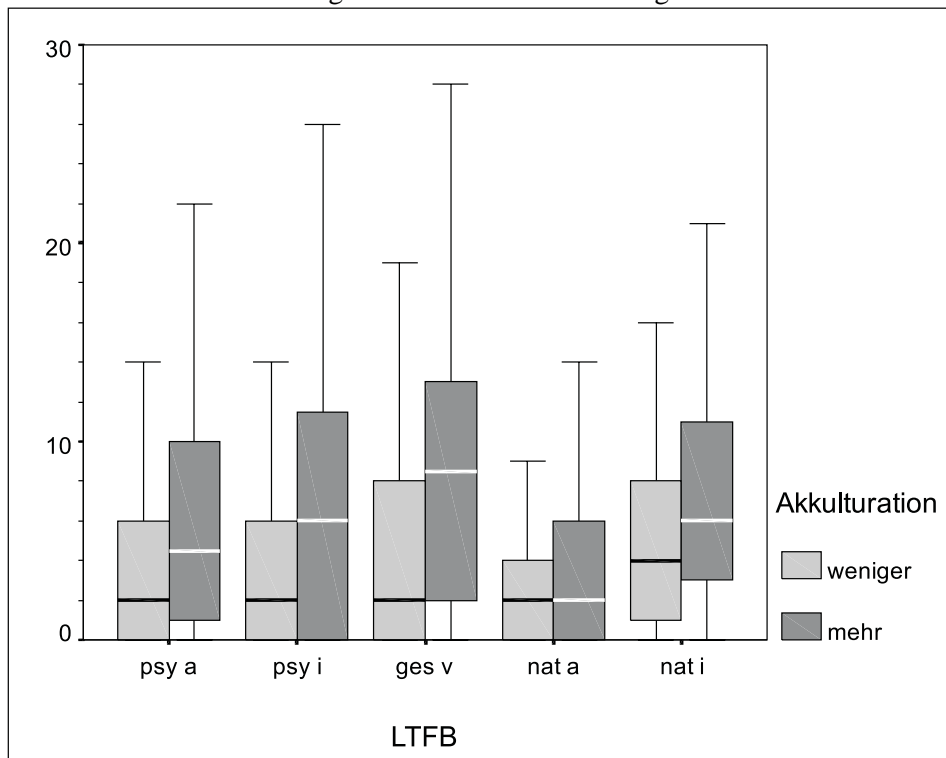
Deutlich wurde jedoch, daß wenig akkulturierte Frauen bzw. türkischstämmige Frauen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen, geringer oder nicht vorhandener deutscher Lese- und Schreibfähigkeit bzw. Schulbesuch in der Türkei in allen bzw. 4 von 5 Skalen des Fragebogens jeweils signifikant niedrigere Werte aufwiesen (Tab. 5.8.2).

Tab. 5.8.2: Signifikant unterschiedliche Skalenwerte, gemessen mit dem LTFB nach Bischoff/Zenz (p-Werte)

Skala	Psychosoz. außen	Psychosoz. innen	Gesundh. verhalten	Naturalis. außen	Naturalis. innen
<i>Subkollektiv</i>					
Akkulturationsgrad	0,002	0,002	0,002	k.S.	0,011
Land d. Schulbesuchs	0,023	0,030	0,025	k.S.	k.S.
deutsche Sprachkenntnisse	0,003	0,002	0,000	0,022	0,002
Lese-u. Schreibfähigkeit	0,000	0,000	0,000	k.S.	0,042
Krankheitsschwere	k.S.	k.S.	k.S.	0,031	0,010
Migrationsstatus	k.S.	k.S.	k.S.	0,046	k.S.

k.S.=kein signifikanter Unterschied, d.h.,  $p \geq 0,05$

Abb. 5.8.1: Medianwerte für alle 5 Skalen des LTFB, nur türkische Patientinnen, Differenzierungskriterium: Akkulturationsgrad



Letztendlich beschreiben offenbar vier Einzelresultate eine Patientinnengruppe, nämlich die wenig akkulturierten, wenig deutschsprechenden Migrantinnen. Sie bildeten eine Subgruppe unter den türkischen Migrantinnen von max. 70 Patientinnen. Diese türkischstämmigen Frauen haben nur eine vage eigene Ursachenvorstellung oder eine

oder mehrere völlig vom Fragebogen abweichende Krankheitstheorien, denn in keiner der fünf vorgegebenen Skalen ließen sich hohe Punktwerte nachweisen. Die Krankheitsursachenvorstellung dieser Gruppe konnte also keiner der fünf Grundkategorien zugeordnet werden.

Zwei Interpretationsmöglichkeiten, die sich gegenseitig nicht ausschließen, ergeben sich:

- a) Wahrscheinlich führt ein besseres Verstehen der vom Arzt oder in anderen Informationsquellen wie Zeitungen und Fernsehen angegebenen medizinischen Krankheitserklärungen zu einer klareren Krankheitstheorie aus Sicht der Patientin.

Es werden mehrere Ursachen für möglich gehalten. Migration bedeutet mitunter einen abrupten Bruch mit dem bisherigen sozialen Umfeld. Dabei verliert sich auch im wesentlichen einerseits das tragende Laiensystem, in dem Volkswissen über Krankheit deren Ursachen und Heilung weitergegeben wird, andererseits wird die westliche moderne Medizin (und deren Deutungsmodelle) im Vergleich zur Situation in der Türkei viel leichter zugänglich.

Koen (1986) hat nach einer Untersuchung der ätiologischen Vorstellungen von Patienten in der Türkei und bei Migranten in Deutschland festgestellt, daß sich die Erklärungsmodelle für Krankheiten bei Migranten aus der Türkei allmählich denen einer Industriegesellschaft annähern. Möglicherweise ist die Ursachenzuweisung für eine Erkrankung für die weniger akkulturierten türkischen Migrantinnen keine bedeutsame Frage, sondern sie ist nur Teil unseres westlichen Erklärungsbedürfnisses. Es besteht für diese Migrantinnen u. U. kein Reflexionsbedürfnis.

- b) Oder aber, es handelt sich um ein ähnliches Phänomen, wie es Brucks et al. (1987) nach der Auswertung von 165 Tonbandprotokollen von Arzt-Patienten-Gesprächen berichten, daß nämlich Unterschichtpatienten häufiger ein vom Arzt (und vom Fragebogen ?!) völlig abweichendes Krankheitsverständnis haben.

Erwähnenswert ist, daß die befragten türkischen Frauen mit Schwangerschaftsstörungen in den beiden ‚naturalistischen‘ Kategorien zur Krankheitserklärung geringere Werte als Frauen mit gut- oder bösartigen gynäkologischen Erkrankungen aufwiesen.

Der Faktor ‚Migrationsstatus‘ wirkte sich nur bei der Kategorie ‚naturalistisch-außen‘ aus. Hier wiesen in der Reihenfolge die Gruppen nachgezogene Ehefrauen -

Migrantinnen der 1. Generation - Migrantinnen der 2. Generation jeweils signifikant höhere Werte auf. Schon Zimmermann (1986) hat darauf hingewiesen, daß, gleichgültig um welche Krankheitsformen es sich handelt, nach den Konzepten der laienmedizinischen Systeme in der türkischen Gesellschaften alle als exogen entstanden gelten. Die Krankheiten werden als definierte, im Umfeld des Menschen existierende Seinsformen verstanden, die von außen her in den Körper eindringen. Tilli (1989) führt die Auffassung vieler türkischer Frauen, daß eine regelmäßige starke Monatsblutung als eine Voraussetzung für Gesundheit gilt, denn sie reinigt den Körper von ‚schlechtem‘ Blut, auf die Humoralpathologie zurück. Äußere Einflüsse können demnach das gesunde Gleichgewicht der Körpersäfte stören. So werden dann z. B. schwache und unregelmäßige Blutungen als Ursache für Kopfschmerzen angesehen (Tilli 1989).

Möglicherweise ist die unterschiedlich starke Bevorzugung äußerer Krankheitstheorien der Migrantinnen-Gruppen auch als eine verständliche Reaktion auf die Lebens- und Arbeitserfahrung besonders der nachgezogenen Ehefrauen und der Frauen der I. Migrationsgeneration, als ein Resultat der geforderten und vollzogenen Anpassung an ‚fremde äußere Mächte‘ im weitesten Sinne, zu interpretieren (Leyer 1991).

Die Stärke, mit der von außen kommendes, das aus der Heimatgesellschaft mitgebrachte Konzept also, als ursächlich für die Erkrankung angesehen wird, nimmt offenbar mit der Dauer des Aufenthaltes bzw. dem Fortschreiten des Sozialisationsprozesses ab. Bei Migranten, die schon ein oder zwei Jahrzehnte hier leben oder hier aufgewachsen bzw. geboren sind, werden die traditionellen Vorstellungen nicht mehr in ‚Reinform‘ vorliegen. Durch den Kontakt mit den deutschen medizinischen Versorgungseinrichtungen werden ihre mitgebrachten bzw. in der Familie oder der türkischen Gemeinschaft tradierten Konzepte von Krankheit und Kranksein entsprechend modifiziert, wobei neue Erkenntnisse übernommen, andere aufgegeben werden und auch Mischformen aus beiden entstehen können (Zimmermann 2000).

### **5.8.3.2      Krankheitstheorien der deutschen Patientinnengruppe**

In die separate Auswertung der deutschen Patientinnen konnten 299 von 320 Fragebögen (93,5%) einbezogen werden.

Keinen Einfluß auf die subjektive Krankheitstheorie hatten bei den befragten deutschen Frauen der Schulabschluß, der Sozialstatus, die Erwerbsgruppe, Religion und

Art der Erkrankung (somatisch/psychosomatisch'). Bei den deutschen Frauen spielte jedoch anders als bei den türkischstämmigen Frauen die Lebenszufriedenheit eine Rolle, welche das Antwortmuster im Laintheoriefragebogen stark beeinflusste: Je unzufriedener die Patientin mit ihrer Lebenssituation war, desto höhere Werte zeigten sich in allen Skalen (Tab. 5.8.3).

Tab. 5.8.3: Signifikant unterschiedliche Skalenwerte, gemessen mit dem LTFB nach Bischoff/Zenz (p-Werte)

<i>Skala Subkollektiv</i>	Psychosoz. außen	Psychosoz. innen	Gesundh. verhalten	Naturalis. außen	Naturalis. innen
Alter	k.S.	k.S.	k.S.	k.S.	0,001
Schwere der Erkrng.	k.S.	k.S.	k.S.	0,004	0,000
Lebenszufriedenheit	0,000	0,000	0,000	0,004	0,000
Gesundheitswissen	0,011	k.S.	k.S.	k.S.	k.S.

k.S.=kein signifikanter Unterschied, d.h.,  $p \geq 0,05$

Mit der eigenen Lebenssituation unzufriedene deutsche Patientinnen zeigen eine eher undifferenzierte Krankheitstheorie. Offenbar im Rahmen eines Versuchs der Rationalisierung werden viele Faktoren unreflektiert als krankheitsverursachend angesehen.

Auch die Schwere der Erkrankung (gutartige/bösartige Erkrankung oder Schwangerschaftsstörung) hatte Einfluß auf die Ursachentheorie der deutschen Patientinnen. Für die ‚naturalistischen‘ Erklärungskategorien galt: ‚je ernster die Erkrankung, desto höher die Skalen Werte‘ (Werte bei Schwangerschaftsstörungen < bei gutartigen Erkrankungen < bei Krebserkrankung). Insbesondere Karzinompatientinnen haben offenbar eine eher monokausale naturalistische Ursachenvorstellung. Psychosoziale Faktoren aber auch das Gesundheitsverhalten können als mögliche Ursache nicht akzeptiert oder müssen abgewehrt werden.

Ältere Patientinnen (> 50 Jahre) wiesen höhere Werte bei der Skala ‚naturalistisch innen‘ auf. Diese Gruppe beinhaltet die relativ meisten Krebspatientinnen, so daß sich hier eine ähnliche Ergebnisinterpretation wie für die Krankheitsschwere anbietet. Andererseits haben auch Zenz et al. (1989) bei einer kombinierten Untersuchung mit Fragebögen und Gesprächsanalysen in der Sprechstunde praktischer Ärzte festgestellt, daß je älter ein Patient ist, er umso häufiger im Gespräch naturalistische Krankheitstheorien äußert.

Frauen des deutschen Kollektivs mit gutem Wissen über den weiblichen Körper, Präventionsmaßnahmen usw. hatten deutlich niedrigere Werte in der Erklärungskategorie ‚psychosozial außen‘ als die Gruppe der befragten Frauen mit nur mittleren oder geringen Kenntnissen.

### **5.8.3.3 Deutsch-türkischer Vergleich**

Um einen sinnvollen Vergleich auf der Grundlage des Faktors Ethnizität durchführen zu können, wurden – wie auch für die vergleichende Auswertung des SCL-90-R-Daten – vergleichbare Untergruppen gebildet, die eine ähnliche soziodemographische Zusammensetzung aufweisen sollten:

1. Teilstichprobe der 30-50jährigen Patientinnen (im Ergebnis der Selektion: Vergleich von 106 türkischstämmigen mit 184 deutschen Frauen),
2. Angleichung nach Schulbildung (218 türkische vs. 250 deutsche Patientinnen),
3. Angleichung nach Erwerbsgruppen (260 Migrantinnen, 269 Deutsche),
4. Teilstichprobe der Patientinnen mit Haupt- und Realschulabschluß (173 türkischstämmige, 164 deutsche Frauen),
5. Teilstichprobe Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen (140 türkische und 199 deutsche Frauen),
6. Teilstichprobe der erwerbstätigen Frauen (73 türkischstämmige, 165 deutsche Patientinnen).

Ausschließlich zwischen diesen sechs Teilstichproben wurde ein ‚deutsch-türkischer Vergleich‘ vorgenommen.

Nur für die angegebenen naturalistischen Krankheitsursachen zeigten sich teilweise signifikante Unterschiede bzw. deutliche tendenzielle Differenzen bei fünf von sechs der Subgruppen. Die Patientinnen türkischer Herkunft vermuteten deutlich häufiger Erklärungen im Sinne der Kategorie ‚naturalistisch außen‘ für ihre Erkrankung, während die deutschen Frauen öfter Krankheitsursachen der Kategorie ‚naturalistisch innen‘ angaben.

Tab. 5.8.4: Signifikant unterschiedliche Skalenwerte, gemessen mit dem LTFB nach Bischoff/Zenz (p-Werte)

<i>Skala :</i> <i>Subkollektiv:</i>	Psychosoz außen	Psychosoz. innen	Ge- sund. Verh.	Naturalis. außen	Naturalis. innen
alle Pat. ohne Fachhoch- schul- und Hochschulbildung	k.S.	k.S.	k.S.	0,030	0,036
Pat. der mittleren und unteren Erwerbsgruppen	k.S.	k.S.	k.S.	0,01	k.S. (0,05)
nur Patientinnen mit Haupt- oder Realschulabschluß	k.S.	k.S.	k.S.	k.S.(0,06)	k.S.(0,09)
nur erwerbstätige Patientinnen	0,043	k.S.	k.S.	k.S.(0,22)	k.S.(0,35)
nur Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen	k.S.	k.S.	k.S.	0,001	k.S.(0,65)
nur Patientinnen zwischen 30 und 50 J.	k.S.	k.S.	k.S.	k.S.(0,08)	k.S.(0,4)

k.S.=kein signifikanter Unterschied, d.h.,  $p \geq 0,05$

Dieses Ergebnis wurde in vertiefenden Interviews (siehe Abschnitt 5 des Kapitels) bestätigt.

Da andere, d. h. soziodemographische Einflußfaktoren durch die oben dargestellte Datenbearbeitung weitgehend ausgeschlossen wurden, ist anzunehmen, daß sich diese unterschiedlich starken Ausprägungen der ‚inneren‘ (beim deutschen Kollektiv) bzw. ‚äußeren‘ (in der Gruppe der türkische Migrantinnen) naturalistischen Kategorie auf kulturell-ethnische Unterschiede zurückführen lassen (Abb. 5.8.2 , 5.8.3).

Abb. 5.8.2: Skalenwerte des LTFB im deutsch-türkischen Vergleich, nur die Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen

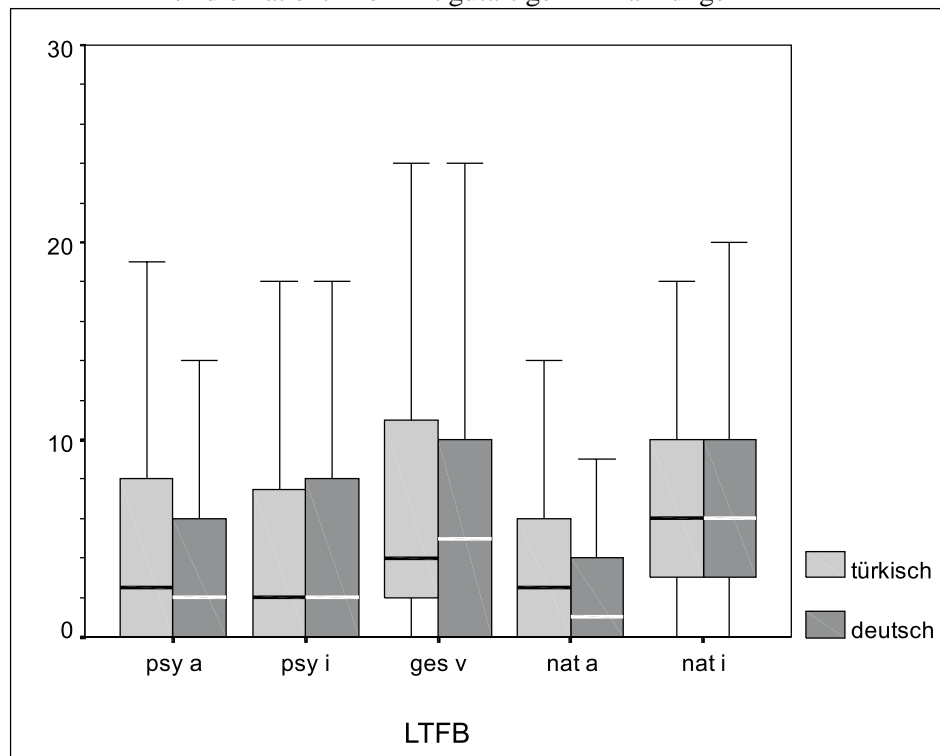
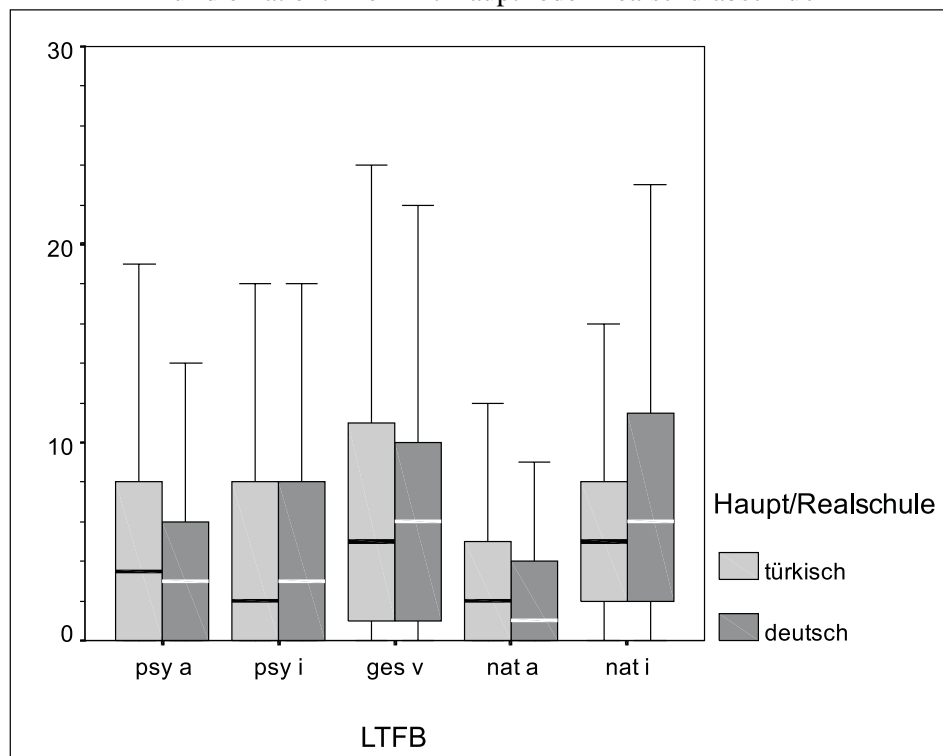


Abb. 5.8.3: Skalenwerte des LTFB im deutsch-türkischen Vergleich, nur die Patientinnen mit Haupt- oder Realschulabschluß





Zumindest die medizinische Forschung der westlichen Industrieländer beschäftigt sich ja seit einigen Jahren mit der Aufdeckung genetischer Ursachen (,naturalistisch innen‘) für verschiedene Erkrankungen. Meldungen wie z. B. über anlagebedingte Karzinomerkrankungen könnten Einfluß auf die subjektive Theoriebildung bei den deutschen Patientinnen haben. Özelsel (1999) meint, daß sich in den westlichen Ländern – jedenfalls in den oberen sozioökonomischen Schichten – beide Krankheitsvorstellungen soweit aneinander angeglichen haben, daß das primär biomedizinische Modell in der Arzt-Patient-Beziehung zum gemeinsamen Nenner geworden ist. Brucks et al. (1987) bestätigen, daß sich deutsche Mittelschichtangehörige, und diese Gruppe machte in unserer Untersuchung den übergroßen Anteil aus, in ihrem Krankheitsverständnis eher an Begriffen und Modellen der Medizin orientieren. Einige Autoren nennen das Krankheitsverständnis der Mittelschicht demnach ,endogen‘ (im LTFB: ,naturalistisch innen‘). Die Krankheit wird als eine bestimmte Funktionsstörung des Körpers betrachtet, die ihrer eigenen, medizinisch zu untersuchenden Gesetzmäßigkeit folgt.

Andererseits haben bereits Koen (1986) und Zimmermann (1986) festgestellt, daß im Denken der meisten türkischen Patienten, wie schon erwähnt, Krankheit hauptsächlich von außen in den Körper eindringt. Erklärungsmodelle, die Faktoren in der Lebensgeschichte oder die Patienten selbst für die Erkrankung (mit-)verantwortlich machen, ohne daß er irgendwelche (religiösen) Tabus durchbrochen hat, werden nicht angenommen. Endogen entstandene und ablaufende Krankheitsprozesse finden in diesen laienmedizinischen Konzepten keine Entsprechung.

Möglicherweise ist die Tendenz der türkischstämmigen Migrantinnen zu naturalistischen, biologischen, von außen kommenden Attributionsinhalten in Anlehnung an Christeiner (1999) auch als Hinweis auf die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung des Körpers als Arbeitskraft zu verstehen. Hier gäbe es dann einen Ansatzpunkt z. B. für Gesundheitsförderungsprogramme.

Leyer (1991) führt die Unterschiede in den Krankheitskonzepten auf eine kulturspezifische Sozialisation in der ländlichen türkischen Heimatgesellschaft zurück, die keine Individuen wie in industrialisierten Gesellschaften zum Ziel hat, sondern den einzelnen stark an Familie und Gemeinde bindet und äußere Kontrollmechanismen einsetzt. Diese soziokulturell geprägten Konfliktverarbeitungsweisen begünstigen ein vorrangig somatisches und exogenes Krankheitsverständnis.

#### 5.8.3.4 Breite und Dimension des Krankheitsbildes der Patientinnen

Die Frequenz der Anzahl zugeschriebener Dimensionen ist in beiden Hauptkollektiven wie auch in den sechs gebildeten Unterkollektiven fast gleich, d. h., jeweils zwischen 30 und 40% der Patientinnen hatten Aussagen aus allen möglichen 5 Skalen (psychosozial innen und außen, Gesundheitsverhalten, naturalistisch innen und außen) ihrer Krankheitstheorie zugeordnet (Abb. 5.8.4).

Die Abbildung zeigt beispielhaft die Breite der Ursachentheorie aller Patientinnen mit Haupt- und Realschulabschluß (Abb. 5.8.5). Es sind keine signifikanten Unterschiede nachweisbar. Die türkischstämmigen Patientinnen haben etwas häufiger keine oder eine vom Fragebogen abweichende Krankheitstheorie. Umgekehrt sind im deutschen Kollektiv die Frauen mit einer differenzierten Vorstellung etwas häufiger.

Abb. 5.8.4

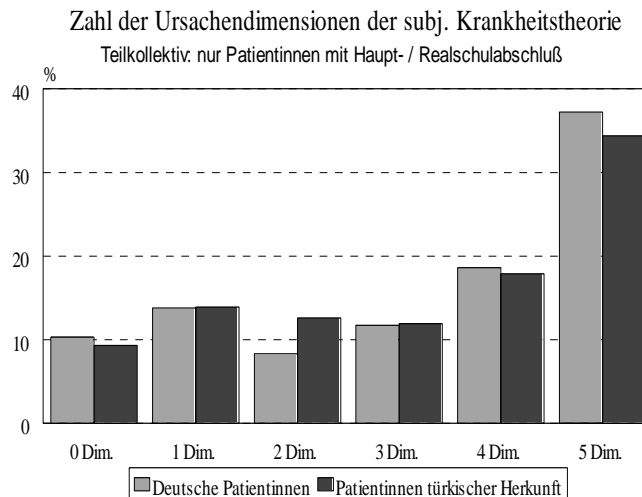
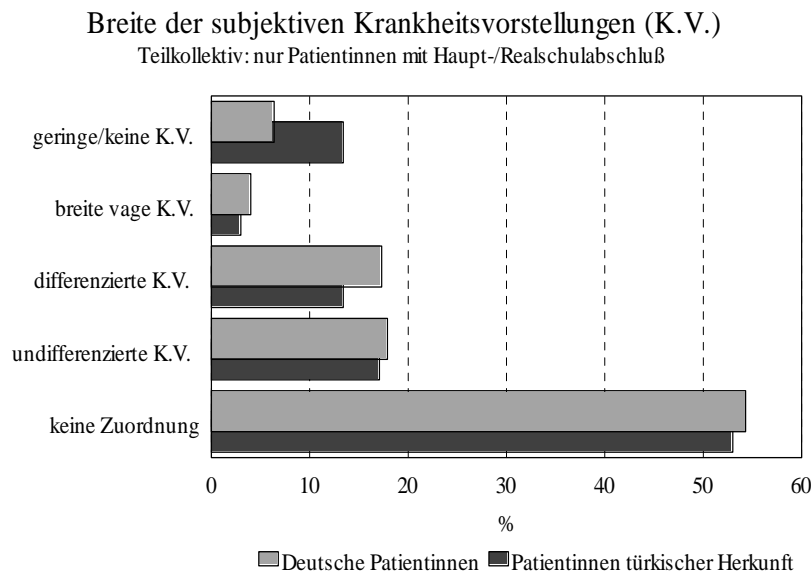


Abb. 5.8.5

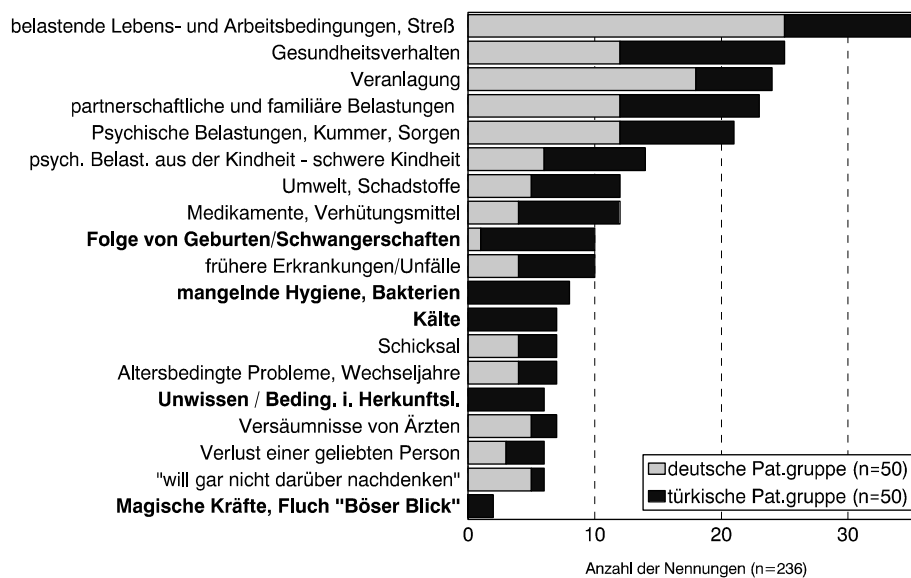


### 5.8.3.5 Zusammenfassung der vertiefenden Interviews mit türkischen und deutschen Patientinnen

Die Abbildung 5.8.6 zeigt die Verteilung der Ursachenzuschreibung und die Häufigkeit der Nennung. Die Tatsache, daß von den insgesamt 100 befragten Frauen 236 mögliche Ursachen angegeben wurden, bestätigt die zumeist vorhandene Multikausalität subjektiver Krankheitsursachenvorstellungen.

Abb. 5.8.6

Subjektive Ursachenattribution gynäkologisch erkrankter Patientinnen zur aktuellen Erkrankung  
Ergebnisse der qualitativen Patientinnenbefragung



Der qualitative methodische Zugang ermöglichte es, über die im LTFB vorgegebenen Kategorien hinauszugehen, was sich insbesondere im Hinblick auf die Betrachtung der Ursachentheorien der Migrantinnen als nützlich erwies. In den Interviews wurden von den türkischstämmigen Patientinnen fünf neue ‚von außen kommende‘ Ursachenvorstellungen für ihre gynäkologische Erkrankung genannt: Folgen von zu vielen oder zu schweren Schwangerschaften und Geburten, den Einfluß mangelnder Hygiene und von Bakterien, von Kälte, Unwissen und andere gesundheitsbeeinträchtigende Bedingungen in der Türkei sowie magische Kräfte. Dieser ‚böse Blick‘ wurde nur in zwei von 236 Nennungen (als Ursache einer Fehlgeburt) angegeben. Magische Kräfte spielen in den Krankheitstheorien der türkischen Migrantinnen demnach bei weitem nicht die oft in der Literatur postulierte Rolle (Schwalm 1996, Wiezoreck u. Diesfeld 1998). Auch Tilli (1989) hatte in Gesprächen mit 50 türkischen Frauen

anlässlich von Hausbesuchen festgestellt, daß übernatürliche Ursachenkonzepte seltener als erwartet genannt wurden und daß sie dann in der Regel neben ‚natürlichen‘ Erklärungsansätzen standen.

Schepker et al. (2000) fragten bei Interviews in 77 türkischen Familien die Familienmitglieder, was sie einer befreundeten Familie bei Schwierigkeiten mit den Kindern (entspr. Somatisierung, deviantes Sozialverhalten, Drogenproblematik, emotionale Störungen) raten würden. Als mögliche Ursachen für diese ‚Verhaltensauffälligkeiten‘ wurde von den Befragten unter 165 Nennungen nur zweimal der ‚böse Blick‘ genannt. Dies sei möglicherweise bedingt durch die Interviewsituation mit gebildete(ere)n Gesprächspartnern. Jedenfalls war die magische Ursachenzuschreibung für eine gesundheitliche Störung nicht als Inanspruchnahmebarriere für die Nutzung psychosozialer Versorgungseinrichtungen identifizierbar (Schepker et al. 2000).

In den genannten subjektiven Ursachentheorien der von uns interviewten Frauen spiegeln sich vermutlich auch die unterschiedlichen spezifischen Lebensbedingungen türkischer und deutscher Frauen wider. Insgesamt stehen belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen (Kategorie ‚naturalistisch außen‘ des LTFB) sowie familiäre und psychische Belastungen, also Ursachen, die man der Skala ‚psychosozial außen‘ nach Bischoff/Zenz zuordnen kann, bei beiden Patientinnengruppen, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, an oberster Stelle der Ursachenrangliste. Streß durch die Bewältigung des Alltags als alleinerziehende Mutter wurde im Rahmen der Interviews nur von deutschen Frauen angegeben. Ihrem Gesundheitsverhalten schreiben die Frauen beider Gruppen in gleichem Maße krankheitsauslösende bzw. -verursachende Wirkungen zu. Eine Veranlagung als Krankheitsursache (Kategorie ‚naturalistisch innen‘ nach Bischoff/Zenz) wurde von den Frauen der deutschen Gruppe deutlich häufiger angegeben.

## **5.9 Zum Einfluß der Migrationserfahrung auf die psychische Befindlichkeit**

### **5.9.1 Problembeschreibung**

Die wesentlichsten Belastungen für eine Patientin, die sich durch einen Klinikaufenthalt neben der Beeinträchtigung durch die eigentliche Erkrankung ergeben, sind das Nichtvertrautsein mit der Umgebung, der Verlust der Unabhängigkeit durch einen ‚kollektiven‘ Tagesablauf, die Unbeständigkeit sozialer Beziehungen (und Bezugspersonen), das Fehlen einer ausreichenden Intimsphäre durch räumliche Enge und ein Mangel an adäquaten Informationen (Wagenbichler u. Wimmer-Puchinger 1997). Die psychische Befindlichkeit bei stationär behandelten Patientinnen in einer Frauenklinik wird natürlich außerdem durch die Beschäftigung mit der Krankheit, die Angst vor dem Eingriff und vor dessen möglichen negativen Auswirkungen beeinflusst. Bei Frauen, die wegen einer bösartigen Erkrankung behandelt werden, kommen die Folgen der Auseinandersetzung mit einer existentiellen Lebenskrise hinzu. Die Aufnahme wegen einer Störung oder Komplikation in der (Früh-) Schwangerschaft wird bei den meisten betroffenen Patientinnen zu Gefühlen der Angst und Sorge um das Fortbestehen der Schwangerschaft bzw. das Wohlergehen des werdenden Kindes führen.

Jede Erkrankung bzw. deren Therapie kann bei einem Patienten eine Krise auslösen. Diese Krise ist überraschend und bedrohlich, eventuell verbunden mit Kränkungen und Verlusten. Werte und Ziele werden in Frage gestellt. Mögliche Angst und Hilflosigkeit führen zu einer innerpsychischen und sozialen Labilisierung. Krisentherapeutische Konzepte zeigen, daß die Vorerfahrung einer erfolgreichen Krisenbewältigung, die Stabilität des Individuums (soziale Netze, Arbeitstätigkeit, materielle Sicherheit und Werte), kognitives Verstehen der Situation und die Möglichkeit, einen inneren Sinn zu finden, wichtige Faktoren für die Krisenbewältigung sind. Ungünstig wirken sich Umstände wie chronische Krankheiten, Arbeitslosigkeit und soziale Isolation aus (Salis Gross u. Sabioni 1997).

Wie in den nachfolgenden Abschnitten gezeigt werden wird, läßt sich prinzipiell auch eine besondere (psychische) Belastung durch die Einwanderung bei den betroffenen Zuwanderern und ihren Familien feststellen. Wir vermuteten, daß bei Migrantinnen der Migrationsprozeß selbst, die Situation als Ausländerin in Deutschland, Kommunikationsschwierigkeiten und kulturelle Barrieren sich ungünstig auswirken,

und daß sich demnach bei den in die Klinik aufgenommenen türkischstämmigen Migrantinnen eine stärkere psychische Beeinträchtigung (möglicher Einfluß der Migration als ätiologischer oder zumindest mitbeteiligter Krankheitsfaktor) als bei den deutschen Patientinnen nachweisen lassen müßte.

Zweitens wollten wir wissen, ob es besonders ungünstige Faktoren für ‚psychischen Stress‘ wie z. B. die Schwere der Erkrankung, eine sozial ungünstige Situation, höheres Lebensalter u.a. gibt, die dann zu einem besonders intensiven Eingehen auf diese Patientinnen führen müßten. Und drittens interessierte uns besonders, ob sich ein differenziertes Bild hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit innerhalb der türkischen Migrantinnen-Gruppe in Abhängigkeit von der Migrationsgeneration oder dem Akkulturationsgrad zeigt.

### **5.9.2 Migration als besondere psychische Situation**

Migration ist ein Prozeß mit adaptivem Charakter. In sämtlichen Lebensbereichen muß nach einer Migration diese Anpassung nach und nach stattfinden und in jeder Phase des Migrationsprozesses besteht die Gefahr, daß die jeweiligen adaptiven Herausforderungen nicht bewältigt werden und daß psychische und/oder körperliche Beeinträchtigungen entstehen.

Abnorme Erlebnisreaktionen im Zusammenhang mit Migration, vor allem aber die Entwicklung psychischer bzw. psychosomatischer Beschwerden oder sogar psychiatrischer Störungen mit Krankheitswert bei Arbeitsmigranten werden seit den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts mit modernen Forschungsmethoden intensiv untersucht. Aber schon seit mindestens 300 Jahren beschäftigen sich Ärzte mit der ‚Heimweh-Krankheit‘ oder der ‚Nostalgischen Reaktion‘, einer Krankheit, die erstmals einen Zusammenhang zwischen einem (erzwungenen) Wanderungsprozeß (z. B. bei Schweizer Söldnern) und seelischen Krankheitsrisiken erahnen ließ. In der vielzitierten (ersten?) Arbeit zu diesem Thema, der Dissertation des Schweizers J. Hofer (1688) heißt es u. a.: „... Das Heimweh, diese so oft tötende Krankheit... Der deutsche Name zeigt den Schmerz an, den die Kranken deshalb empfinden, weil sie sich nicht in ihrem Vaterlande befinden, oder es niemals wieder zu sehen befürchten...“ (zit. n. Frigessi Castelnovo u. Risso 1986).

Ein Pionier der epidemiologischen, sozialmedizinischen bzw. sozialpsychiatrischen Forschung im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert war der norwegische Psychiater Ødegaard. Seine berühmte Monographie ‚Emigration and Insanity‘ erschien 1932. Er stellt darin die These einer negativen Auslese der Zuwanderer auf, d. h., er postulierte, daß die Migration durch eine besondere psychische Verfassung der auswandernden Person bedingt sei bzw. auf eine psychopathische oder psychotische Persönlichkeit des Migranten hinweise. Eine Reaktion auf eine veränderte Umwelt (des Aufnahmelandes) als Belastung bzw. Krankheitsursache bei den Migranten wird somit ausgeschlossen (Frigessi Castelnuevo u. Risso 1986).

Diese eher biologistische Theorie ist in den letzten 70 Jahren vielfach diskutiert und sowohl bestätigt als auch widerlegt worden. Obwohl inzwischen eine große Anzahl von neueren empirischen Arbeiten zum Thema ‚Migration und psychische Gesundheit‘ vorliegen, die zumeist auch die wichtigen soziologischen Aspekte des Problems berücksichtigt haben, lassen sich die Ergebnisse nur schwer unmittelbar miteinander vergleichen, da die Ansätze und methodischen Zugangsweisen erheblich differieren. Ein endgültiges Resümee ist nur schwer möglich.

Kulturvergleichende Untersuchungen müßten eine genaue Unterteilung in kulturspezifische vs. kulturunspezifische also überall vorkommende Störungen vornehmen. Dabei sind nicht nur Differenzen in der Ätiologie, Pathogenese, dem Verlauf und Erscheinungsbild von Störungen zu beachten. Ebenso informativ wären epidemiologische Studien zur Verteilung psychischer Erkrankungen, die wichtige Aussagen über kulturübergreifende Häufigkeitsverteilungen von psychischen Störungen liefern könnten. Solange diese Ergebnisse – damit sind die Basiswahrscheinlichkeiten gemeint, an einer speziellen Störung zu erkranken, weil man aus einem bestimmten kulturellen Zusammenhang kommt – nicht vorliegen bzw. nicht berücksichtigt werden, ist die Frage der Bedeutung und des Einflusses der Migration auf psychische oder psychosomatische Erkrankungen nur mit Vorbehalt zu beantworten (Weig 1998).

Repräsentative Untersuchungen an großen Stichproben vor und nach der Zuwanderung wie auch Langzeitbeobachtungen im Einwanderungsland sind beispielsweise kaum realisierbar (Gunkel u. Priebe 1992).

Zusammengefaßt läßt sich feststellen, daß in den meisten vorliegenden Arbeiten erhöhte Raten unterschiedlicher psychischer und somatischer Reaktionen (Magen-

Darm-Erkrankungen, Kopfschmerzen, Kreislaufbeschwerden, Traurigkeit, Heimweh, Reizbarkeit, Schlafstörung, Nervosität und Angst) gefunden wurden. Zudem wurden in Abhängigkeit vom Ausmaß der Kulturdifferenz zwischen Heimat- und Aufnahme-land und der räumlichen Entfernung zum Herkunftsland unter Migranten höhere Konsultationsraten von Ärzten ermittelt. Vereinzelt wurden auch vermehrt Neurosen, Suizidversuche, Depressionen und paranoide Reaktionen bei den Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung beschrieben (Gunkel u. Priebe 1992).

Die Datenlage ist jedoch, wie schon betont, nicht konsistent, denn Zeiler und Zarifoglu (1997) stellen nach der Durchsicht bisheriger Forschungsarbeiten zum Thema psychische Störungen bei Zuwanderern u. a. fest, daß ein uniformer Zusammenhang zwischen Krankheit und Migration nicht bestehe. Sie halten fest, daß 1. Bevölkerungsgruppen mit unfreiwilliger Migration eine höhere psychiatrische Morbidität als solche mit freiwilliger Wanderung zeigen, daß 2. mangelnde Sprachkenntnisse den Ausbruch abnormer Erlebnisreaktionen, d. h. nicht-psychotischer, kurzfristiger seelischer Dekompensationen zu begünstigen scheinen und daß 3. das Erkrankungsrisiko für Depressionen während der ersten Jahre nach Zuwanderung erhöht ist (Zeiler u. Zarifoglu 1997). Es handelt sich also um eine vulnerable Phase, die besonders bei Vorerkrankten geeignet ist, eine erneute psychische Dekompensation auszulösen.

Hahn (2000) grenzt diese besonders kritische Zeitspanne auf die ersten zwei Jahre nach der Einwanderung ein. Die Belastung sinke mit zunehmender Aufenthaltsdauer ab, um dann in einer Phase, die etwa 10-15 Jahre nach der Zuwanderung erreicht ist, zu stagnieren.

Nach der erwähnten Veröffentlichung von Ødegaard (1932) sind eine Reihe von psychoanalytischen, stresstheoretischen, medizinsoziologischen und sozialpsychologischen Modellen zur Erklärung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Migration und psychischen Belastungen bzw. Krankheiten aufgestellt worden, die nachfolgend in einer zusammenfassenden Übersicht wiedergegeben werden sollen (Berg 1985, Görtz 1986, Cicek 1989, Gunkel u. Priebe 1992, Collatz 1994, Csitkovics et al. 1997, Hasen et al. 2000, Hahn 2000):



- *Kulturschocktheorie*  
große kulturellen Unterschiede zwischen Heimatland und Einwanderungsland führen bei den Migranten zu Anpassungsschwierigkeiten, welche um so größer sind, je größer die kulturelle Distanz ist
- *Theorie des Kulturwandels*  
die allmähliche Anpassung an die neue Kultur geht nicht ohne Identitätskrisen vor sich; Schuldgefühle gegenüber der heimatlichen Kultur einerseits und Orientierungslosigkeit andererseits sind Folge der Akkulturation
- *Theorie der sozialen Selektion*  
Annahme, daß die Migration Ergebnis einer vor der Auswanderung stattfindenden sozialen Selektion ist
- a) *Theorie der positiven Selektion*  
Zuwanderer stellen eine positive Auswahl dar, d. h., besonders gesunde, stabile und risikofreudige Personen migrieren
- b) *Theorie der negativen Selektion*  
Migranten sind labile Persönlichkeiten, die im Heimatland versagt haben und nun auswandern, um den Konflikten, denen sie in der Heimat ausgesetzt sind/wären, zu entgehen.
- *Isolationstheorie*  
Trennung von der Familie und vom Heimatland als pathogener Faktor
- *Stresstheorie*  
Personen im kulturellen Übergang haben ein allgemein höheres Krankheitsrisiko aufgrund vermehrter Stressoreneinwirkung
- *Theorie der sozialen Verursachung*  
soziale Umweltbedingungen in der Aufnahmegesellschaft sind Verursacher von Anpassungsproblemen und verantwortlich für das Auftreten von psychischen und physischen Störungen
- *Theorie der sozialen Unterprivilegierung*  
geringer sozialer Status, schlechte Wohnverhältnisse usw. als Erkrankungsrisiko
- *Theorie der unerfüllten Statusaspirantur*  
das Nichterreichen des Migrationszieles kann zu starken Frustrationsgefühlen und zum Auftreten von psychischen / psychosomatischen Beschwerden führen

All diese Theorien bieten keine umfassenden Erklärungen für das Auftreten psychischer Störungen bei Arbeitsmigranten. Eine monokausale Modellvorstellung wäre auch nicht angebracht, sondern die Migration muß als ein Prozeß verstanden werden, in dessen Verlauf es zum gleichzeitigen Einwirken verschiedener Faktoren kommt.

Über die ‚Inkubationszeit‘ (Cicek 1989), nach welcher sich nach einer Zuwanderung psychische Störungen einstellen (können), gibt es in der Literatur keine genauen Angaben. Zeiler und Zarifoglu (1997) wie auch Hahn (2000) meinen aber, daß, wie bereits angedeutet, wohl die Eingliederungsperiode, also die ersten Jahre nach der Migration, als besonders belastend für den Zuwanderer anzusehen sind.

Häfner und Mitarbeiter (1977) stellten in einer prospektiven Untersuchung von 200 türkischen Migranten fest, daß zum Zeitpunkt des Erstinterviews drei Monate nach der Zuwanderung bei ca. einem Viertel der Befragten psychische Reaktionen auf die Migration nachweisbar waren. Die mit einer ‚partiellen Anpassung‘ verbundenen Belastungen führten zu vorwiegend depressiven Reaktionen, die aber nicht abklangen, sondern, wie sich bei der Verlaufsuntersuchung 15 Monate später feststellen ließ, in der Mehrzahl in psychosomatische Syndrome übergingen (Häfner et al. 1977).

Migration führt immer zu einem kulturellen Austausch zwischen den Zuwanderern und der einheimischen Bevölkerung. Diese sog. Akkulturation findet sowohl auf Gruppen- als auch auf individueller Ebene statt. Auf der Ebene der Minderheitengruppen bewirken sie strukturelle Veränderungen während sie auf der individuellen Ebene Veränderungen sowohl in der psychischen Verfassung als auch bei den externen Verhaltensweisen herbeiführt (Hahn 2000). Die intrafamiliären und sozialen Konflikte sowie die psychischen Belastungen, die während des Akkulturationsprozesses auf individueller Ebene auftreten und die psychosomatische Probleme verursachen können, bezeichnet man als Akkulturationsstress.

Bezogen auf den einzelnen Migranten haben Zeiler und Zarifoglu (1997) von einer ‚psychische Akkulturation‘ gesprochen, die eine Änderungen des Verhaltens, der Wertorientierung, der Einstellungsmuster, des Lebensstils sowie der persönlichen und ethnisch-kulturellen Identität umfassen kann. Dies birgt Chancen aber auch Risiken in sich.

Migranten sind deswegen besonders stressanfällig, weil sie einerseits erkennen müssen, daß ihre alten Copingstrategien zur Lösung neuer Probleme nicht mehr brauchbar sind und daß ihnen andererseits noch nicht genügend neue Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen. Die Folgen dieser Situation sind dann psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen, deren Verständnis jedoch eine nähere Betrachtung des individuellen Akkulturationsprozesses voraussetzt.

Ob der Akkulturationsstreß zu psychischen oder psychosomatischen Belastungen oder Erkrankungen führt oder nicht, hängt von (potentiell) abschwächenden oder verstärkenden Faktoren ab (Zeiler u. Zarifoglu 1997):

- Schwere und Dauer der Belastung im Migrationsverlauf
- Charakteristika der Aufnahmegesellschaft (Einwanderungspolitik, Vorurteile, Diskriminierung)
- Charakteristika der Zuwanderungsgruppe (Integration, Assimilation, Marginalisierung, soziale Unterstützung innerhalb der Gruppe)
- Lebensbedingungen im Aufnahmeland (Aufenthaltsstatus, sozio-ökonomischer Status, Familienbindung, Einbindung in ethnische Gruppe, Verunsicherungs- und Bedrohungserfahrung)
- Personengebundene Merkmale (vorbestehende psychische Erkrankungen, prägende Belastungserfahrungen vor der Migration, Bewältigungsverhalten, Erwartungshaltung und Informiertheit vor der Migrationen, Sprachkenntnisse, Art und Weise der ‚psychologischen Akkulturation‘, migrationsunabhängige Belastungen im Aufnahmeland)

Von all diesen Überlegungen unabhängig ist bei jeder transkulturellen Untersuchung die Frage zu stellen, was als ‚normal‘, ‚gesund‘ oder ‚krank‘ anzusehen ist. Krankheit bzw. Kranksein insbesondere im psychisch / psychosomatischen Zusammenhang ist ja als eine von der Kultur der (Mehrheits-)Gesellschaft abhängige Vorstellung zu betrachten.

### **5.9.3 Methodik: Der Fragebogen SCL-90-R**

Die subjektive Beeinträchtigung der befragten Patientinnen durch körperliche und psychische Symptome wurde mit dem psychometrischen Fragebogen SCL-90-R (Symptom Check List-90 Items-Revised) untersucht. Dies ist ein in Nordamerika von verschiedenen Forschergruppen in den siebziger Jahren zu dem Zweck entwickelter Fragebogen, Effekte psychotherapeutischer oder psychopharmakologischer Interventionen zu erfassen. Als Vater der revidierten Version des SCL-90 gilt Derogatis (Derogatis 1977).

Inzwischen liegen auch Resultate für deutsche (Norm-) Stichproben vor (Franke 1994, Hessel et al. 2001).

Hessel et al. (2001) stellen neben einigen kritischen Anmerkungen im Ergebnis einer testtheoretischen Überprüfung und Normierung fest, daß der SCL-90-R geeignet ist, die psychische Symptombelastung einer Person zuverlässig und valide zu erfassen.

Die Einzelitems sind klinisch relevant und erfassen unterschiedliche Inhalte psychischer Symptombildungen. Die interne Konsistenz des Verfahrens ist gut (Rief et al. 1991).

Die vergleichende Überprüfung des SCL-90-R an verschiedenen deutschen Stichproben ergab ein ähnliches Ausfüllverhalten im deutschsprachigen Raum wie bei dem von Derogatis in den USA untersuchten Kollektiv (Rief et al. 1991). Bundesdeutsche Ausfüller tendierten jedoch dazu, mehr Fragen zustimmend zu beantworten, wobei ihre Antworttendenz insgesamt niedriger lag als bei den US-amerikanischen Testpersonen (Franke 1992).

Bei der Bewertung der Untersuchungsergebnisse der türkischen Patientinnen sollte berücksichtigt werden, daß sich bei einem in Nordamerika entwickelten und dort bzw. in Mitteleuropa erfolgreich angewendeten Meßinstrument der psychischen Befindlichkeit für Probanden aus einer anderen Kultur grundsätzliche Probleme ergeben könnten. Auch die Bedeutung der Sprache und von Begriffen für psychische Diagnosen, die Beschreibung von Zuständen und die Methodik der Datenerhebung kann in quasi außereuropäischen Gesellschaften u. U. zu Mißverständnissen oder Fehldeutungen führen. Es liegen jedoch inzwischen Studien aus Belgien und Österreich und der Türkei vor, bei denen der SCL-90-R erfolgreich bei türkischen Patienten bzw. Migranten eingesetzt wurde (Ayalan et al. 1993, Erbil et al. 1996, Dalyan et al. 1999). Auch in der Türkei ist der SCL-90-R sowohl bei psychisch normalen Probanden (Erhebung einer Normstichprobe) als auch in der Psychiatrie angewendet worden (Dag 1991, Kirpinar 1992).

Dag (1991) gibt in seiner Arbeit einen Überblick über die verschiedenen, in der Türkei mit dem SCL-90-R-Fragebogen durchgeführten Studien. Seine Arbeitsgruppe befragte selbst 631 Studenten mit dem SCL-90-R, überprüfte die Korrelation mit zwei anderen Fragebögen (MMPI und *Beck Depression Inventory*) und kommt zu dem Ergebnis, daß die Testergebnisse aussagekräftig sind und das Testverfahren für die türkische Population als valide anzusehen ist (Dag 1991).

Die Verwendung des SCL-90-R für unsere Studie wurde als problemlos angesehen, nachdem positive Erfahrungen mit der Nutzung dieses Fragebogens aus einem Berliner Forschungsprojekt mit türkischstämmigen Migrantinnen in der Sterilitätstherapie gemacht wurden (Yüksel 1998).

Der Fragebogen lag somit in einer ausreichend evaluierten deutschen und türkischen Version vor.

Er wurde in unserer Studie den deutschen und türkischstämmigen Patientinnen am Aufnahmetag als Teil des Fragebogenpakets T1 vorgelegt.

Die Symptomcheckliste SCL-90-R enthält 90 Fragen, die mit einer fünfstufigen Likert-Skala von ‚trifft überhaupt nicht zu‘ (0) bis ‚trifft sehr stark zu‘ (4) beantwortet werden können. Als Zeitfenster werden die vergangenen 7 Tage vor dem Zeitpunkt der Beantwortung vorgegeben. Die Ausfüller sollen mitteilen, unter welchen psychischen Belastungen sie innerhalb der vergangenen Woche gelitten haben.

Der SCL-90-R ist somit ein standardisierter Selbstbeurteilungsfragebogen, d. h. die Patientin beurteilt ihre Situation selbst, was die Annäherung an die Bereiche ‚Normalität‘ und ‚Abweichung‘ ermöglicht. Es werden so Datenquellen erschlossen, die der Fremdanalyse sonst nicht zugänglich sind (Franke 1995, Franke 2000).

Für beide Untersuchungskollektive galt gleichermaßen, daß natürlich einen Tag vor einer Operation bzw. am Aufnahmetag in eine Klinik eine besondere psychische Belastungssituation vorliegen dürfte, die, wie bereits erläutert wurde, geprägt ist durch Ängste, Unsicherheit und Angespanntsein. Die vertraute Umgebung wird mit der ungewohnten, neuen und vielleicht zunächst auch als bedrohlich empfundenen Klinikatmosphäre getauscht.

Der Fragebogen SCL-90-R ermöglicht über die Auswertung der 90 Items Aussagen zur psychischen Symptombelastung, die zu neun Skalen zusammengefaßt werden. Jede der neun Skalen ist im Spannungsfeld zwischen ‚normaler‘ alltäglicher Symptombelastung und psychopathologisch relevanter Symptomatik angesiedelt. Franke (1994) erwähnt in ihrem Testhandbuch, daß die Anwendung des Tests bei Normstichproben gezeigt hat, dass auch ‚normale‘ Testausfüller zumindest ein wenig symptomatisch belastet sind und bei einigen Items zustimmen. Erst deutliche Abweichungen von dieser normalen Belastung sollten aufmerksam machen.

Die Skala 1 (somatization / Somatisierung, Abkürzung SOM) des SCL-90-R fokussiert auf Distress, der dadurch entsteht, daß man körperliche Dysfunktionen an sich wahrnimmt (Ausprägung: einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Beschwerden).

Die Skala 2 (obsessive-compulsive / Zwanghaftigkeit, ZWA) berücksichtigt Symptome, die auf Gedanken, Impulse und Handlungen schließen lassen, die vom Befragten als konstant vorhanden und nicht änderbar erlebt werden (leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit).

Die Skala 3 (interpersonal sensitivity / Unsicherheit im sozialen Kontakt, UNS) bezieht sich auf Gefühle der persönlichen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit, vor allem im Vergleich mit anderen. Unsicherheit im sozialen Kontakt (leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit).

Bei Skala 4 (depression / Depressivität; DEP) geht es um die Bandbreite der Manifestation depressiver Zustände (Traurigkeit bis hin zur schweren Depression).

Die Skala 5 (anxiety / Ängstlichkeit, ÄNG) fokussiert auf manifeste Angst mit Nervosität und Spannung, Gefühle von Besorgnis und Furcht (körperlich spürbare Nervosität bis hin zur tiefen Angst).

Skala 6 (anger-hostility / Aggressivität und Feindseligkeit, AGG) bezieht sich auf Gedanken, Gefühle oder Handlungen, die charakteristisch für den negativen Gefühlszustand Ärger sind und sowohl Aggression, Irritierbarkeit als auch Verstimmung umfassen (Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten).

Skala 7 (phobic anxiety - Gefühle der Bedrohung, PHO) und Skala 8 (paranoid ideation / paranoides Denken, PAR) messen die verschiedenen Ausprägungen von Mißtrauen, Minderwertigkeitsgefühlen und dem Gefühl, daß andere an den Schwierigkeiten, die man hat oder wahrnimmt, Schuld sind. Bei der Skala 7 reicht das Spektrum von einem leichten Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst, bei Skala 8 von Mißtrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken.

Die 10 Items der Skala 9 (psychoticism / Psychotizismus, PSY) beschreiben verschiedene Ausprägungen von Gefühlen der Isolation und der zwischenmenschlichen Entfremdung (mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden).

Jedes der 90 Items soll vom Patienten einer der fünf Ausprägungsstufen zugeordnet werden. Ausgewertet bietet das Verfahren dann einen Überblick über die o.g. neun

klinisch relevanten Bereiche psychischer Belastung. Im Rahmen der Auswertung werden die Selbstbeurteilungsantworten in Zahlen umgewandelt. Die Antworten werden zu Summenwerten pro Skala zusammengefaßt. Anschließend erfolgt, wie von Franke (1994) empfohlen, eine Umwandlung dieser Rohwerte mit Hilfe von Normdaten in sog. T-Werte. 2/3 der Normstichprobe weisen per definitionem einen T-Wert zwischen 40 und 60 auf (Mittelwert = 50, Standardabweichung = 10). T-Werte > 60 deuten somit auf eine erhöhte psychische Belastung hin.

Wir nutzten die Daten von Hessel et al. (2001) als Normstichprobe zur Berechnung der T-Werte. Diese Untersuchungsergebnisse basieren auf einer im März/April 1996 im Auftrag der Universität Leipzig durch das Meinungsforschungsinstitut USUMA Berlin durchgeführten Repräsentativbefragung an 1.246 Frauen (mittleres Alter 44,4 Jahre).

Die Häufigkeitsunterschiede bei gruppierten Daten wurden mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson oder gegebenenfalls mit dem exakten Test nach Fisher auf statistische Signifikanz geprüft. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 0,05$  wurden Unterschiede als statistisch signifikant betrachtet. Bei Variablen mit Rangcharakter wurden der U-Test nach Mann-Whitney-Wilcoxon bzw. der Kruskal-Wallis-Test zur statistischen Prüfung herangezogen. Die Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS. Für die Faktorenanalyse des SCL 90-R wurde nach dem von Derogatis (1977) bzw. Franke (1994) erarbeiteten Auswertungsprogramm verfahren.

#### **5.9.4 Vergleich der psychometrischen Daten der befragten deutschen und türkischen Frauen**

##### **5.9.4.1 Gesamtergebnisse – Übersicht**

In die Auswertung des SCL-90-R einbezogen werden konnten die Antworten von 230 türkischen und 264 deutschen Frauen. 32 türkischstämmige (12%) und 56 deutsche (17,5%) Patientinnen beantworteten die Fragen des SCL-90-R nicht.

Es wurden zunächst die T-standardisierten Werte aller 9 Skalen und aller Patientinnen unabhängig von der Ethnizität für die Parameter Alter, Schulabschluß, Sozialstatus, Erwerbstätigkeit, Erkrankungsart, Lebenszufriedenheit, Gesundheitswissen und Schwere der Krankheit ausgewertet. Die Tabelle 5.9.1 zeigt die Ergebnisse des Kruskal-Wallis- bzw.  $\chi^2$ -Tests.

Tab. 5.9.1: Ergebnisse des Signifikanztests / SCL-90-R-Auswertung für alle Patientinnen (n=494) nach Subgruppen

Subgruppe ----- Skala	Alter	Schul- abschluß	Sozial- status	Erkrank.- art	Erwerbs- tätigkeit	Lebens- zufried.	Gesundh.- wissen	Krankh.- schwere
SOM	k.S.	0,000	0,000	k.S.	0,003	0,000	0,000	0,045
ZWA	k.S.	0,006	0,022	k.S.	k.S.	0,000	k.S.	k.S.
UNS	0,000	0,000	0,004	k.S.	0,005	0,000	k.S.	0,001
DEP	0,038	0,032	k.S.	k.S.	k.S.	0,000	k.S.	k.S.
ÄNG	k.S.	0,005	k.S.	k.S.	k.S.	0,000	k.S.	k.S.
AGG	0,000	0,001	0,039	k.S.	0,030	0,000	k.S.	0,020
PHO	0,009	0,011	0,008	k.S.	0,015	0,000	0,002	0,011
PAR	0,001	0,002	k.S.	k.S.	k.S.	0,000	k.S.	0,012
PSY	0,022	k.S.	0,026	k.S.	0,014	0,000	k.S.	k.S.

p-Werte < 0,05; k.S. = kein signifikanter Unterschied, d.h., p-Wert ≥ 0,05

*Alter* (Abb. 5.9.1): Bei den 6 Skalen mit signifikanten Unterschieden weist die Gruppe der Patientinnen < 30 Jahre jeweils die höchsten Werte auf. Die Werte der 30 bis 50 und der über 50 Jährigen liegen jeweils darunter, und zwar gestaffelt oder gleichauf. Die Medianwerte bewegen sich alle innerhalb der Standardabweichung  $\pm 10$  um den T-standardisierten Mittelwert 50 der Normstichprobe.

*Schulabschluß*: Hier zeigt sich, wenn man einmal von der Gruppe der Frauen ohne Schulbesuch absieht, die praktisch ausschließlich türkische Migrantinnen repräsentiert, kein einheitliches Bild. Die Medianwerte sind ähnlich und schwanken nur gering um den Mittelwert der Normstichprobe.

*Erwerbsgruppe/Sozialstatus* (Abb. 5.9.2): Insbesondere für die sechs Skalen mit signifikant unterschiedlichen Werten lassen sich niedrigere Belastungen bei den Frauen der höheren Erwerbsgruppe/mit dem höheren Sozialstatus feststellen.



Abb. 5.9.1: Werte für alle Skalen des SCL-90-R, Unterteilung nach Altersgruppen

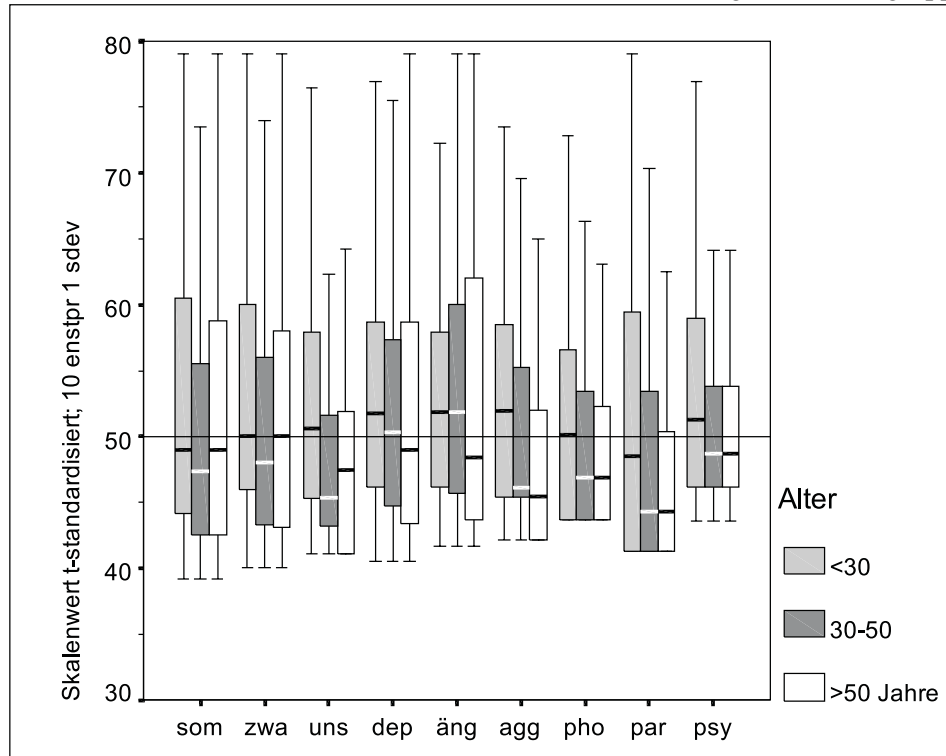
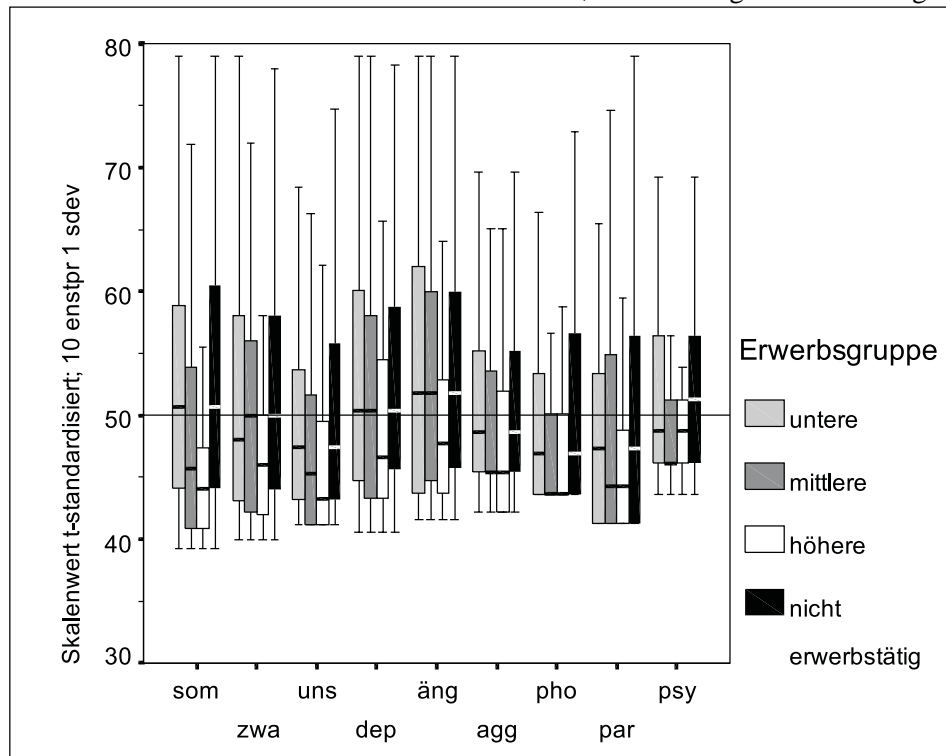
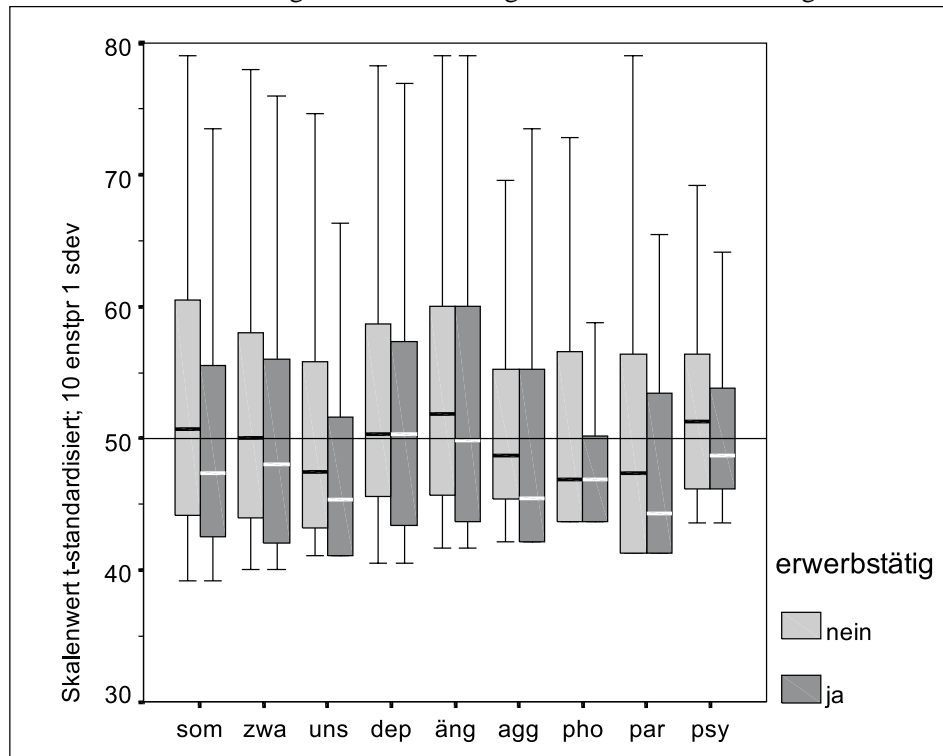


Abb. 5.9.2: Werte für alle Skalen des SCL-50-R, Unterteilung nach Erwerbsgruppen



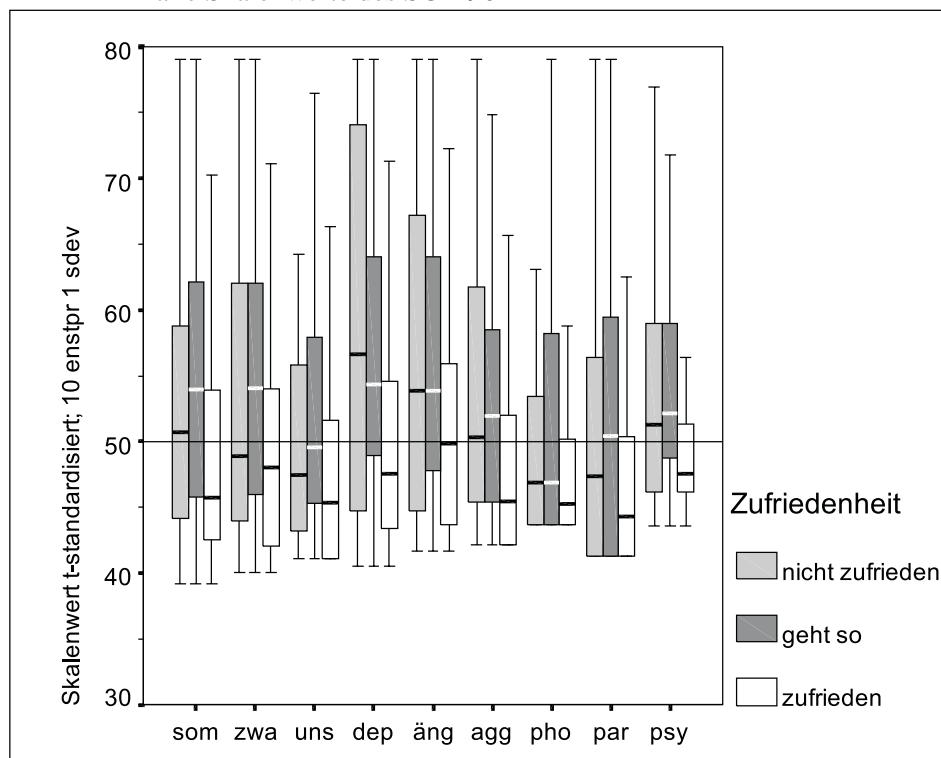
*Erwerbstätigkeit* (Abb. 5.9.3): Es wurde nur danach unterschieden, ob die Patientin einer Erwerbstätigkeit nachgeht oder nicht. Bei den Skalen ‚Somatisierung‘, ‚Unsicherheit im Sozialkontakt‘, ‚Aggressivität‘, ‚paranoides Denken‘ und ‚Psychotizismus‘ zeigten sich deutliche Unterschiede – die erwerbstätigen Frauen unter den Patientinnen schätzten sich insgesamt als psychisch weniger belastet ein.

Abb. 5.9.3: Werte für die neun Skalen des SCL-90-R, Unterteilung nach erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Patientinnen



*Zufriedenheit* (Abb. 5.9.4): Beim diesem Parameter ließen sich als einzigem für alle SCL-Skalen signifikante Unterschiede zwischen den dazugehörigen drei Untergruppen nachweisen. Erwartungsgemäß fühlten sich die zufriedeneren Frauen psychisch besser.

Abb. 5.9.4: Subgruppenbildung nach dem Grad der Lebenszufriedenheit, alle Skalenwerte des SCL-90-R

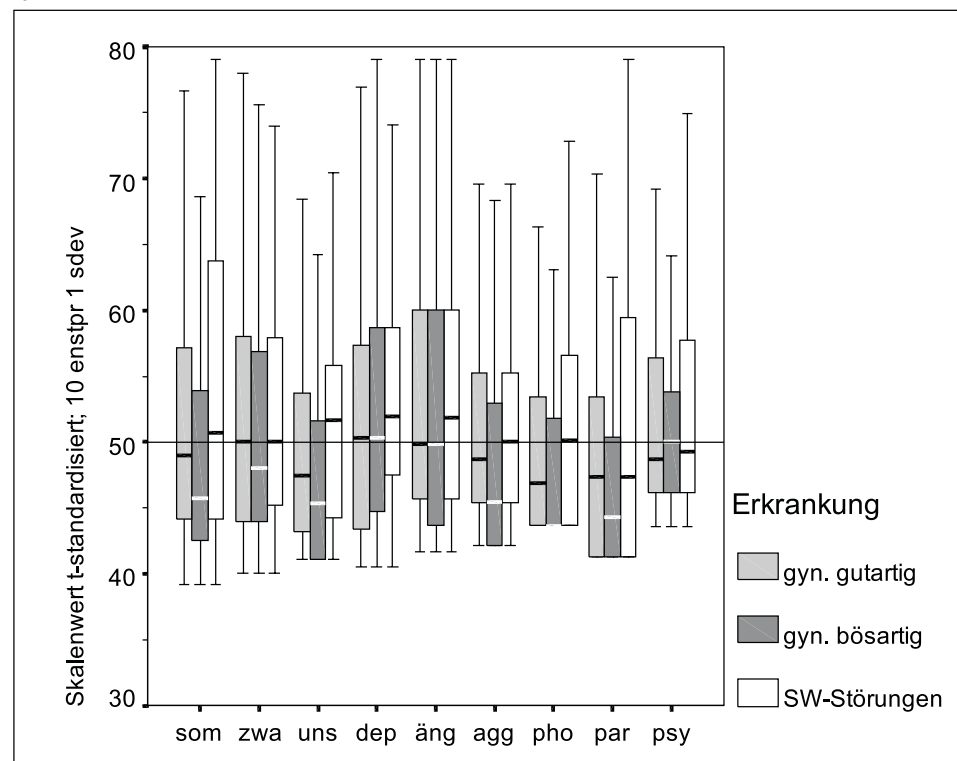


*Gesundheitswissen:* Das Gesundheitswissen / die Informiertheit der Patientin zeigte nur einen Einfluß bei den Skalen ‚Somatisierung‘ und ‚phobische Ängste‘ – Frauen mit einem guten Wissen nahmen weniger körperliche Dysfunktionen an sich wahr und hatten weniger Mißtrauen und Minderwertigkeitsgefühle.

*Erkrankungsart:* Ob die Erkrankung der Patientin eher funktionell oder somatisch ist, spielte für die psychische Belastungssituation offenbar keine Rolle. Für keine der neun Skalen des Fragebogens SCL-90-R ließ sich in Abhängigkeit von diesem Parameter ein signifikanter Unterschied nachweisen.

*Krankheitsschwere* (Abb. 5.9.5): Bei fünf Skalen (SOM, UNS, AGG, PHO, PAR) gab es einen Zusammenhang zwischen der Krankheitsschwere und aktueller psychischer Belastung. Die Werte der Frauen mit Schwangerschaftsstörungen lagen jeweils am höchsten, darunter die der Patientinnen, die wegen einer gutartigen Erkrankung behandelt wurden, und am niedrigsten waren die Skalenwerte bei Karzinom-Patientinnen.

Abb. 5.9.5: Skalenwerte des SCL-90-R, Gruppenbildung nach Krankheitsschwere



Alter, Bildung und Sozialstatus spielen bei der mit dem SCL-90-R erfaßten Belastung durch psychische Symptome offenbar eine Rolle. Schon 1971, während der Entwicklung des Fragebogens an US-amerikanischen Probanden, diskutierten Derogatis et al. den Einfluß soziodemographischer Variablen auf die Symptombelastung (Derogatis 1971).

Veröffentlichte aktuelle Untersuchungen mit dem SCL-90-R an größeren Stichproben ‚psychisch normaler‘ Probanden in Deutschland sind rar. Im etwa gleichen Zeitraum, in dem wir unsere Untersuchung machten, haben Hessel et al. (2001) eine Studie durchgeführt. Es wurde eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe (n=2.179, davon 1.246 Frauen) mit dem SCL-90-R befragt. Sie fanden u.a. eine altersabhängige Ausprägung für die Skalen ‚Somatisierung‘ (alterskorrelierte Zunahme), ‚Aggressivität / Feindseligkeit‘ und ‚Unsicherheit im Sozialkontakt‘ (beide alterskorrelierte Abnahme) sowie ‚Zwanghaftigkeit‘ (Abnahme im mittleren Lebensalter). Das Merkmal ‚Bildung‘ hatte keinen relevanten Einfluß. Lediglich die Werte der Skala ‚Phobische Ängste‘ nehmen mit höherer Bildung (Hessel et al. 2001) ab.

Eine Altersabhängigkeit der gemessenen psychischen Belastung ließ sich in unserem Kollektiv ebenfalls nachweisen. In der Gruppe der jüngeren Frauen (< 30 Jahre) zeigte sich jeweils eine höhere Belastungen als in den beiden anderen Altersgruppen.

Die soziale Situation schlug sich in unserem Kollektiv eindeutig auf die Meßresultate nieder: Frauen mit einem höheren Sozialstatus schätzten sich als weniger psychisch belastet ein. Unter den verschiedenen Faktoren hatte in unserem Studienkollektiv die allgemeine Zufriedenheit der Patientin den stärksten Einfluß: Unzufriedenheit mit der Lebenssituation war mit einer meßbar stärkeren psychischen Belastung verbunden.

Franke (1992) befragte 1988 1.006 Angehörige der Technischen Universität Braunschweig, wobei ursprünglich 3.000 Fragebögen ausgegeben wurde (Rücklaufquote demnach 40%). Das mittlere Alter der Befragten betrug 34 Jahre, 50,2% waren Frauen. Es handelte sich demnach - wie auch bei unserem Kollektiv - nicht um eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe.

Als relevante Ergebnisse werden angegeben: 1. Frauen zeigen fast durchgehend höhere Skalenwerte als Männer; 2. mit zunehmender Bildung nehmen die Werte ab; 3. eine faktorenanalytische Prüfung identifizierte die Hauptbelastungen der ‚normalen gesunden‘ Gruppe bei unsicheren Gefühlen im sozialen Bereich (Skala UNS), bei Ängsten (ÄNG) und Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten (ZWA) (Franke 1995).

Ob Frauen mit höherem Bildungs- bzw. dem (zumeist damit korrelierenden) höheren Sozialstatus weniger durch psychische Symptome belastet sind oder ob sie über ihre Belastung nur anders kommunizieren, kann mit dem SCL-90-R allein nicht geklärt werden.

Wahrscheinlich spielt, wie bei jedem Fragebogen, von seiten der Testausfüller auch die bekannte Tatsache eine Rolle, sich tendenziell im Sinne einer (vermeintlichen) ‚sozialen Erwünschtheit‘ zu äußern bzw. dem Antwortwunsch der Untersucher mehr oder weniger zu entsprechen (Franke 1995).

Beide erwähnten Untersuchungen haben nur mit deutschsprachigen Probanden gearbeitet. Die zusammengefaßten Skalenwerte der beiden Normstichproben von Franke (1992) und Hessel et al. (2001) können also nur eingeschränkt als Vergleich mit den Ergebnissen unseres ‚ethnisch-gemischten‘ Kollektivs herangezogen werden.

#### **5.9.4.2 Schweregrad der Erkrankung als Einflußfaktor**

Für zwei Skalen sollte ein vermuteter negativer Einfluß der psychisch belastenden Krankenhaussituation bzw. der Erkrankung an sich separat überprüft.

Wichtige Reaktionsweisen von Patientinnen auf die Hospitalisierung sind nach Wagenbichler und Wimmer-Puchinger (1997) Angst und depressive Reaktionen. Für beide Belastungen gibt es jeweils eine separate SCL-90-R-Skala. Dabei erfaßt die Skala ‚Depressivität‘ Traurigkeit verschiedener ‚Schattierungen‘ bzw. verschiedenen Ausmaßes. Unsere Vermutung war, daß sich bei den befragten Patientinnen insgesamt höhere Skalenwerte als bei der Normstichprobe finden müßten. Wir nahmen außerdem an, daß durch die mit der Erkrankung verbundene Hoffnungslosigkeit und dysphorische Stimmung besonders hohe Werte bei Karzinom-Patientinnen zu erwarten sein müßten. Nach Cleary et al. (1991), die eine größere Patientenbefragung in den USA durchgeführt haben, fühlen sich im allgemeinen Frauen mehr als Männer, ältere Menschen weniger als junge und am stärksten Patienten mit geringem Einkommen und einem subjektiv schlechten Gesundheitszustand durch die Krankenhaussituation belastet.

Die Skala ‚Ängstlichkeit‘ des SCL-90-R umfaßt körperlich spürbare Nervosität bis zu tiefer Angst und Panik. Unsere Hypothese war, daß sich in unserem Untersuchungskollektiv höhere Werte als in der Normstichprobe finden lassen müßten, denn der Angstfaktor dürfte bei Krankenhauspatienten groß sein, wenn man an die Situation vor einer Operation oder die Sorgen um das ungeborene Kind bei Schwangerschaftsstörungen denkt.

Es ließen sich für beide Skalen kaum Unterschiede zur ‚Normalkollektiv‘ nachweisen. Die von uns berechneten Werte lagen innerhalb der Standardabweichung  $\pm 10$  um den T-standardisierten Mittelwert 50 der Normstichprobe.

Die Skala ‚Paranoides Denken‘ erfaßt u. a. Mißtrauen und Autonomieverlust verschiedenen Grades. Wir vermuteten besonders hohe Werte bei zu operierenden bzw. Krebspatientinnen (Autonomie-, Organ-, Funktionsverlust). Die Skalen-Auswertung zeigte dann, daß neben der Zufriedenheit und dem Alter der Patientin hier die Schwere der Erkrankung zwar eine Rolle spielt, aber völlig anders als erwartet: die Karzinom-Patientinnen wiesen im Mittel die niedrigsten Werte bei allen Skalen auf.

#### 5.9.4.3 Ethnisch-kulturelle Faktoren

Um einen sinnvollen Vergleich auf der Grundlage des Faktors Ethnizität durchführen zu können, mußten vergleichbare Kollektive gebildet werden, die eine ähnliche sozio-demographische Zusammensetzung aufweisen sollten. Damit wollten wir auch den Fehler einer zu starken Kulturalisierung des Problems der psychischen Belastung vermeiden und soziale und ökonomische Unterschiede zwischen den Untersuchungskollektiven ausreichend beachten.

Es wurden daher sechs Untergruppen formiert. Die erste Teilstichprobe umfaßte ausschließlich die 30 bis 50jährigen Patientinnen (106 türkische, 184 deutsche Patientinnen). Die zweite entstand durch eine Angleichung nach Schulbildung (Selektion von 50 Patientinnen mit deutschem Abitur), die dritte durch eine Angleichung nach Erwerbsgruppen (Selektion von 2 türkischen und 51 deutschen Patientinnen der höheren Erwerbsgruppe). In der Teilstichprobe 4 waren nur die Patientinnen mit Haupt- und Realschulabschluß (73 Migrantinnen vs. 165 deutsche Patientinnen), in der Teilstichprobe 5 alle Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen (140 vs. 199 Patientinnen) und in der Teilstichprobe 6 nur die erwerbstätigen Frauen beider Kollektive (73 türkischstämmige, 165 deutsche Frauen) enthalten. Es wurden ausschließlich diese Teilkollektive deutscher und türkischstämmiger Patientinnen miteinander verglichen (Tab. 5.9.2).

Tab. 5.9.2: Vergleich zwischen den deutschen und türkischstämmigen Teilkollektiven / p-Werte nach Chi<sup>2</sup>-Test

Teilkollektive ----- Skala	Pat. zwischen 30 und 50 Jahren	ohne Hoch- / Fachschul- ausbildung	alle Pat. ohne höhere Er- werbsgruppe	Pat. m. Haupt- / Realschul- abschluß	nur Pat. mit gutartiger Erkrankung	nur er- werbs- tätige Pat.
SOM	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
ZWA	0,032	0,036	k.S.	k.S.	0,015	0,000
UNS	0,019	0,002	0,002	0,001	0,037	0,010
DEP	0,001	0,002	0,002	0,048	0,005	0,002
ÄNG	0,045	0,04	k.S.	k.S.	k.S.	0,001
AGG	0,132	0,005	0,002	0,037	0,001	0,002
PHO	0,032	0,005	0,002	k.S.	0,031	0,026
PAR	k.S.	0,004	0,004	0,005	0,018	0,001
PSY	k.S.	0,048	k.S.	k.S.	0,022	k.S.
GSI	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000

k.S. = kein signifikanter Unterschied, d.h., p-Wert  $\geq 0,05$

Nach Homogenisierung der Gruppen bzw. separater Auswertung der Teilstichproben zeigte sich für das Teilkollektiv 2 (keine Frauen mit deutschem Abitur / Hoch- oder Fachschulabschluß) in allen Skalen des SCL-90-R höhere Werte bei den Migrantinnen als bei den einheimischen Frauen. Gleiches gilt auch für 6 von 9 Skalen im Teilkollektiv 3 (nur Frauen der mittleren und unteren Erwerbsgruppen). Bei den Teilstichproben der erwerbstätigen Frauen (Abb. 5.9.6) bzw. der Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen (Abb. 5.9.7) ließen sich für 8 von 9 Skalen signifikant höhere Werte bei den befragten türkischstämmigen gegenüber den deutschen Frauen nachweisen.

Abb. 5.9.6: Skalenwerte des SCL-90-R, deutsch-türkischer Vergleich aller erwerbstätigen Patientinnen

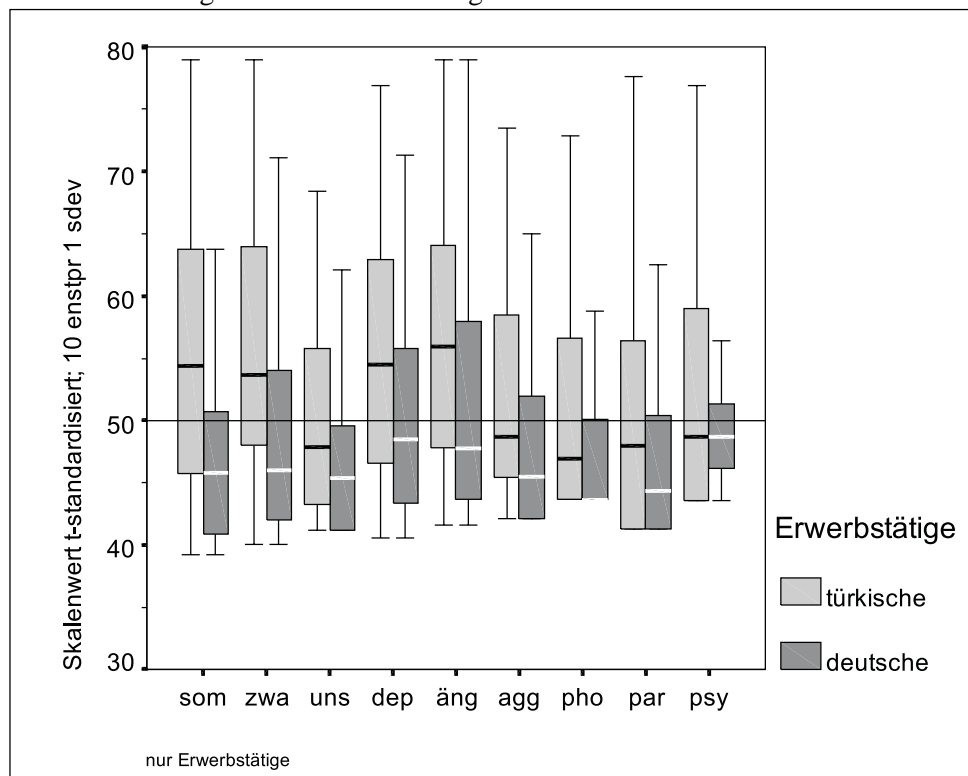
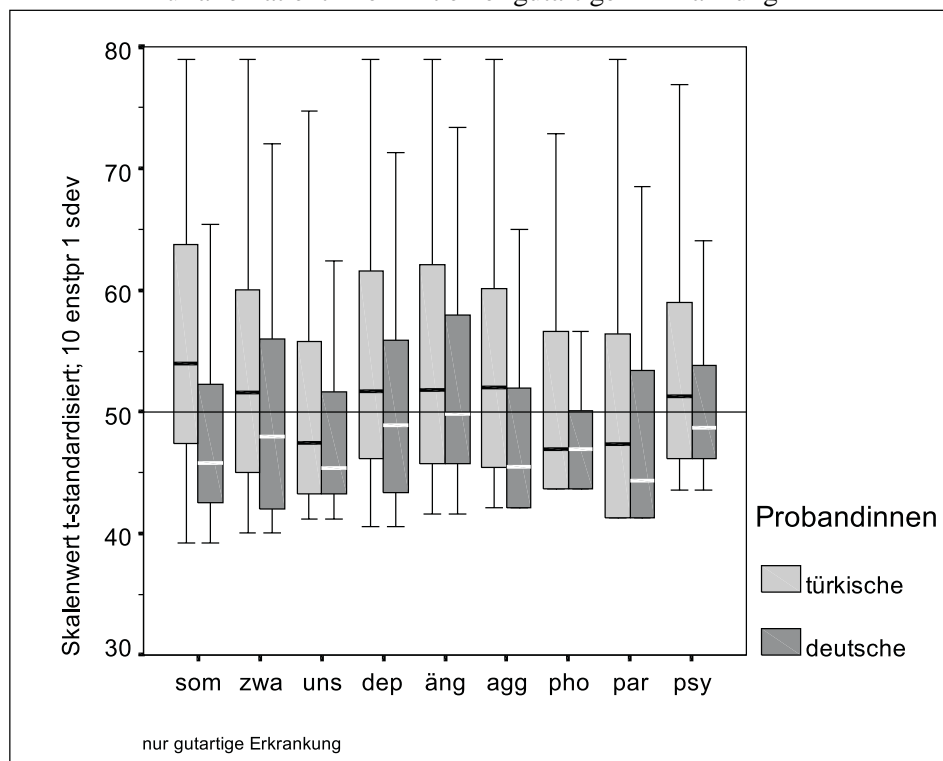




Abb. 5.9.7: Werte für alle neun Skalen des SCL-90-R, deutsch-türkischer Vergleich für alle Patientinnen mit einer gutartigen Erkrankung

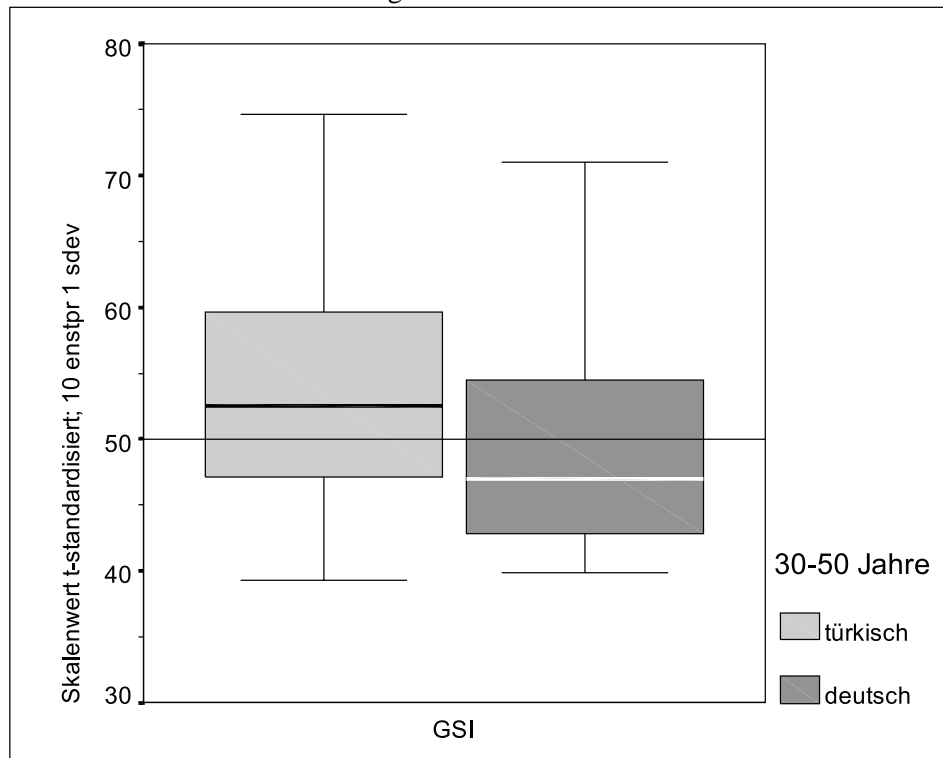


Für die Teilkollektive der Patientinnen mit Haupt- und Realschulabschluß bzw. der Frauen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren waren für jeweils 5 bzw. 6 der Skalen des SCL-90-R signifikant höhere Werte bei den türkischen Migrantinnen festzustellen.

Zusätzlich wurde für alle Teilkollektive der GSI (global severity index) berechnet, der die grundsätzliche psychische Belastung mißt. Beim Vergleich aller sechs Subgruppen (siehe Tab. 5.9.2) zeigten sich signifikant höhere Werte bei den befragten türkischstämmigen Patientinnen (Abb. 5.9.8).

Zusammenfassend kann man damit sagen, daß beim Vergleich zwischen Frauen deutscher und türkischer Herkunft in der Gruppe der türkischstämmigen Patientinnen in den mesiten Einzelskalen als auch global eine höhere psychische Symptombelastung registriert werden konnte. (Diese bewegte sich jedoch innerhalb der Grenzen der Standardabweichung einer deutschen Normierungsstichprobe.)

Abb. 5.9.8: GSI-Werte der 30- bis 50jährigen deutschen und türkischstämmigen Patientinnen



Für die Interpretation dieser Resultate sind keine aktuellen Vergleichsuntersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum vorhanden, die zumindest auch Migrantinnen untersucht haben. Herangezogen werden kann praktisch nur die Untersuchung von Günay und Haag (1993), die aber den Gießener-Beschwerdebogen verwendeten. Sie führten eine Befragung von 80 türkischen und 53 deutsche Patientinnen aus allgemeinärztlichen Praxen durch. Festgestellt wurde ebenfalls eine eindeutig höhere Anfälligkeit türkischer Migrantinnen gegenüber psychosomatischen Störungen im Vergleich zur einheimischen weiblichen Bevölkerung.

Die Skalenwerte des von uns verwendeten SCL-90-R sind in erster Linie Ausdruck einer allgemeinen psychischen Belastung (Franke 1994). Der Fragebogen gibt den Zeitrahmen (die letzten 7 Tage) vor. In dieser Zeit wird aber - zumindest bei einer geplanten Klinikaufnahme - auch schon eine Auseinandersetzung mit der neuen Situation stattgefunden haben, so daß die Selbsteinschätzung mittels Fragebogen neben den Belastungen, die sich aus dem ‚Alltag in der Migration‘ ergeben, wahrscheinlich auch diese Ängste und Befürchtungen widerspiegelt. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse natürlich zu beachten.

Die Skala ‚Somatisierung‘ des SCL-90-R fokussiert auf Distress, der durch die Selbstwahrnehmung körperlicher Dysfunktionen entsteht. Die höheren Werte bei allen Teilgruppen türkischstämmiger Frauen deuten auf eine stärkere Belastung mit Störungen funktioneller Ätiologie hin.

Auch Koh (1998) stellte bei einer vergleichenden Befragung von 105 koreanischen Migranten mit 32 ‚Nichtmigranten‘ aus Korea fest, daß die SCL-Skala ‚Somatisierung‘ bei den Migranten signifikant stärker besetzt war. Koh meint, daß im – traditionellen fernöstlichen – Denken somatische Störungen ein effektiver Weg sind, um Schonung und Behandlung zu erlangen. Auch für die Aktivierung einer Unterstützung durch Familienmitglieder in Situationen, wo sich Stress, Spannungen und Konflikte angehäuft haben, ist das Klagen über somatische Beschwerden ein sozial akzeptiertes Muster (Koh 1998).

Masumbuku (1994) hat die festzustellende Tendenz zur Somatisierung an einer Beispielgruppe für eine Migrantenpopulation ( russische Aussiedler ) wie folgt begründet:

1. Es besteht eine Unfähigkeit zur Reflexion psychischer Vorgänge.
2. Menschen aus den unteren Sozialklassen tragen ihre Konflikte häufig als psychosomatische Reaktionen aus, was aber subjektiv seelisches Leiden nicht ausschließt.
3. Bei allen Formen der Depression (also auch bei den reaktiven als Folge der Migrationssituation) sind körperliche Beschwerden und funktionelle Symptome als Begleiterscheinung vorhanden, oft wird die psychische Problematik total auf die körperliche Erlebnisebene verschoben und beherrscht das Krankheitsbild.

Özelsel (1999) vermutet, daß die verbaler Sprachlosigkeit bei einem Teil der Migrantinnen dazu führen könnte, sich (unbewußt) durch den Körper auszudrücken, also durch psychosomatische Beschwerden. Die zunehmende Somatisierung psychischen Leidens kann auch als eine ‚gelungene Anpassungsleistung‘ an die westliche, organmedizinische Sichtweise verstanden werden. Petersen (1995) formuliert überspitzt: „...die Türken somatisieren (auch) uns zuliebe...”

Die befragten türkischen Frauen erleben sich stärker zwanghaft als die befragten deutschen Patientinnen. Die entsprechende Skala 2 (Zwanghaftigkeit) des SCL-90-R berücksichtigt Symptome, die auf Gedanken, Impulse und Handlungen schließen lassen, die vom Befragten als konstant vorhanden und nicht änderbar erlebt werden.

Dies könnte auf die starren Rollenmuster innerhalb der türkischen Migrationsgesellschaft in Deutschland zurückzuführen sein, denen sich die Befragten unabänderbar ausgesetzt fühlen.

Die Skala 3 bezieht sich auf Gefühle der persönlichen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit, vor allem im Vergleich mit anderen. Es ist zu befürchten, daß sich hier negative Erfahrungen mit der deutschen Mehrheitsgesellschaft ausdrücken, wohl weniger eine ‚Stigmatisierung‘ als Kranke in der türkischen community. In diesem Sinne sind u. U. auch die vergleichsweise höheren Werte bei den befragten türkischen Frauen in den Skalen ‚Paranoides Denken‘ und Skala ‚Phobische Angst‘, welche die verschiedenen Ausprägungen von Mißtrauen, Minderwertigkeitsgefühlen und des Gefühls, daß andere an den eigenen Schwierigkeiten Schuld sind, mißt. Nach Mitscherlich ist der soziale Wandel einer der wichtigsten Angstgründe für den Menschen. Eine chronische Untergrundsangst vor dem Verlust des definierten Rollensets dürfte bei vielen Migrantinnen eine Rolle spielen (zit. n. Masumbuku 1994). Cropley et al. (1994) weisen auf ein Dilemma der Migranten hin, das darin besteht, daß Erfolg im neuen Land die Angst weckt, vom Ursprungsland, d.h. von der eigenen Identität entfremdet zu werden.

Bei Skala 4 (Depression) geht es um die Bandbreite der Manifestation depressiver Zustände. Die auch hier beobachteten signifikant höheren Werte bei den Frauen türkischer Herkunft deuten auf eine dysphorische Stimmung bis hin zu Gefühlen der Hoffnungslosigkeit hin. Nach Leyer (1991) gehen zumindest zwei der drei Phasen des Bewältigungsprozesses des sog. Kulturschocks mit einer depressiven Stimmung einher. In der ersten Phase nach der Zuwanderung, der Phase der kulturellen Begegnung, fühlt sich die Migrantin durch die erfahrenen Diskrepanzen zwischen inneren Erwartungen und äußeren Wahrnehmungen geängstigt und verunsichert. Sie reagiert mit Trauer, Feindseligkeit und u. U. Verzweiflung. Auch Häfner et al. (1977) hatten in einer prospektiven Untersuchung von 200 männlichen türkischen ‚Gastarbeitern‘ als psychische Reaktionen auf die Einwanderung hauptsächlich depressive und psychosomatische Syndrome festgestellt, wobei die Mehrzahl der Migranten keinerlei psychische Reaktionen auf die Belastungen entwickelte. Die depressive Stimmungslage eines Teils der Untersuchten wird als Antwort auf die Trennung von Heimat und Familie interpretiert. Ein Fortbestehen dieser Trauerreaktion ist möglich, auch wenn

eine innere Teilanpassung an die Trennung erfolgt, die aber tatsächlich nie überwunden wird (Häfner et al. 1977).

Die Skala 5 fokussiert auf manifeste Angst mit Nervosität und Spannung, Gefühle von Besorgnis und Furcht. Möglicherweise drücken sich hier unterdrückte Ängste vor der bevorstehenden (operativen) Behandlung aus, die von einigen türkischen Frauen ja kaum verstanden werden können.

Skala 6 bezieht sich auf Gedanken, Gefühle oder Handlungen, die charakteristisch für den negativen Gefühlszustand Ärger sind und sowohl Aggression, Irritierbarkeit als auch Verstimmung umfassen. Die höheren Skalenwerte weisen auf eine stärkere Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bei den befragten türkischen Frauen.

Die 10 Items der Skala 9 (Psychozitisismus) beschreiben verschiedene Ausprägungen von Gefühlen der Isolation und zwischenmenschlichen Entfremdung. Hier finden möglicherweise Gefühle, die durch die Isolation der türkischen Gemeinschaft außerhalb der Klinik einerseits und der Patientin selbst innerhalb des deutschen Krankenhauses andererseits verursacht werden, ihren Niederschlag.

Erwähnt sei eine Studie von Yüksel (1998), die im Rahmen einer größeren Untersuchung zur Problematik ‚Sterilität und Migration‘ u. a. die psychische Belastung steriler türkischer und deutscher Paare miteinander verglichen hat. Sie fand ebenfalls, daß die türkischstämmigen Frauen und Männer jeweils signifikant höhere Werte in allen neun Skalen des SCL-90-R aufwiesen als die Frauen und Männer des deutschen Kontrollkollektivs.

#### **5.9.4.4      Zur Bedeutung von Migrationsstatus und Akkulturationsgrad für die psychische Befindlichkeit der Patientinnen türkischer Herkunft**

Es erfolgte eine separate Auswertung innerhalb des Kollektivs der Migrantinnen hinsichtlich des Einflusses von Akkulturationsgrad und Migrationsstatus. Verglichen wurde zum einen die Gruppe der weniger mit dem Kollektiv der mehr akkulturierten Patientinnen und zum anderen das Kollektiv der Frauen der 1. mit dem der 2. Migrationsgeneration sowie mit den sog. nachgezogenen türkischen Ehefrauen (Tab. 5.9.3).

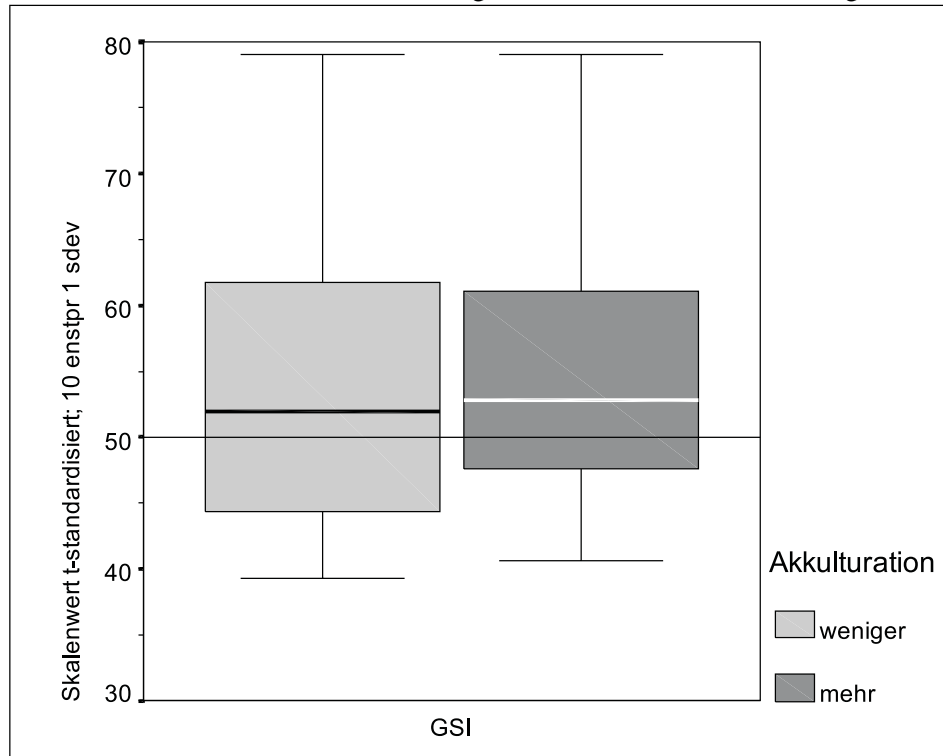
Tab. 5.9.3: Vergleich der psychischen Belastung nach Akkulturations- und Migrationsstatus / p-Werte nach Chi<sup>2</sup>-Test

Teilkollektive ----- Skala	Akkulturationsgrad (mehr vs. weniger akkulturiert)	Migrationsstatus (1. vs. 2. Generation vs. nachgezogene Ehefrauen)
SOM	k.S.	k.S.
ZWA	k.S.	k.S.
UNS	k.S.	k.S.
DEP	k.S.	0,029
ÄNG	k.S.	0,034
AGG	k.S.	0,004
PHO	k.S.	0,014
PAR	0,01	k.S.
PSY	k.S.	0,028
GSI	k.S.	k.S.

k.S. = kein signifikanter Unterschied, d. h., p-Wert  $\geq 0,05$

Es zeigte sich, daß es bei den meisten Skalen keine Unterschiede zwischen den Kollektiven der ‚mehr‘ oder ‚weniger‘ akkulturierten Patientinnen gibt. Dies betrifft auch die GSI-Werte (Abb. 5.9.9 ). Nur bei der Skala ‚paranoides Denken‘ wiesen die mehr akkulturierten Frauen höhere Skalenwerte auf. Dies deutet auf ein stärkeres Mißtrauen und stärkere Minderwertigkeitsgefühle bei diesen mehr an die deutsche Mehrheitsgesellschaft ‚angepaßten‘ Frauen hin. Eine gute Adaptation im Aufnahme-land kann, wie Cropley et al. (1994) betonen, paradoxerweise nicht zu Gefühlen der Sicherheit und Geborgenheit, sondern zu Ambivalenz, Angst und Unsicherheit führen.

Abb. 5.9.9: GSI-Werte türkischstämmiger Frauen nach Akkulturationsgrad

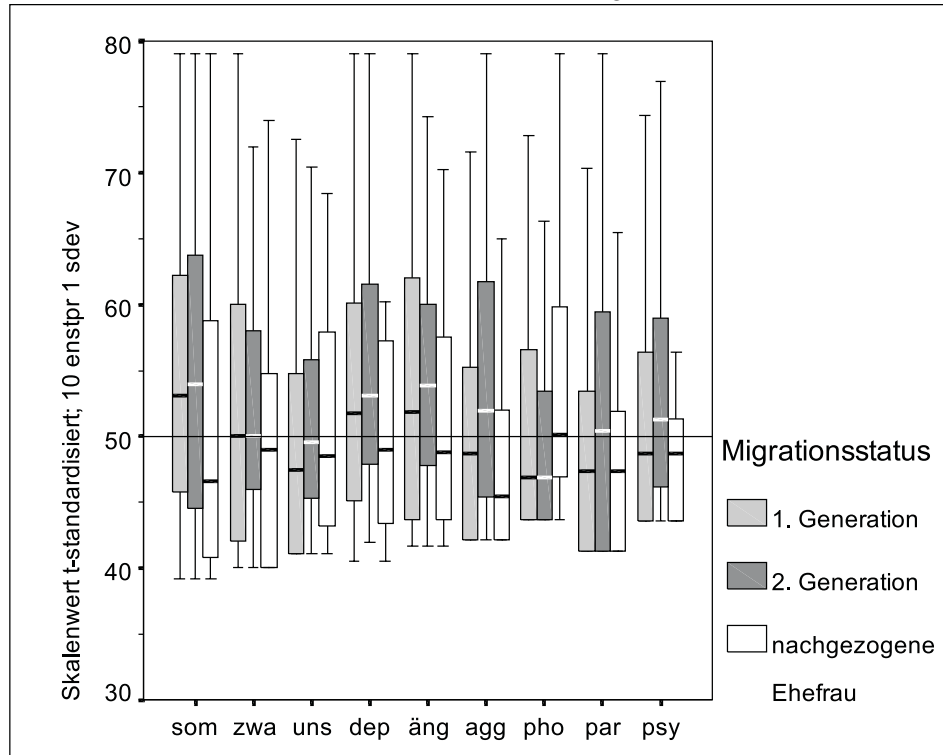


Günay und Haag (1993) fanden bei ihrer bereits erwähnten Befragung von 80 Türkinnen aus allgemeinärztlichen Praxen in Hamburg keine relevanten Unterschiede der Beschwerدهäufigkeit zwischen weniger und stärker akkulturierten Frauen. Die weniger akkulturierten Türkinnen gaben jedoch deutlich mehr und unterschiedliche Symptome an als die stärker akkulturierten. (Ein Faktor, der in der Auswertung des verwendeten Gießener-Beschwerdebogens als ‚allgemeine Klagsamkeit‘ beschrieben wird). Die Analyse der ärztlichen Unterlagen zeigte, dass akkulturierte Frauen tendenziell häufiger beim Arzt waren und öfter und länger im Krankenhaus versorgt werden mußten als weniger akkulturierte. Obwohl weniger und mehr akkulturierte Frauen die gleiche Frequenz psychosomatischer Beschwerden haben, scheinen doch die psychologischen Hintergründe dafür unterschiedlich zu sein (Günay u. Haag 1993).

Für den Parameter ‚Migrationsstatus‘ konnten wir für fünf Skalen signifikante Unterschiede feststellen. Bei den Skalen ‚Depressivität‘, ‚Ängstlichkeit‘ und ‚Aggressivität‘ waren die Medianwerte bei der Subgruppe ‚nachgezogene Ehefrauen‘ am niedrigsten, es folgten die der Frauen der sogenannten ersten Migrationsgeneration und die relativ höchsten Werte hatte die Gruppe der Frauen türkischer Herkunft der zwei-

ten Migrationsgeneration. Die Datenauswertung der Skala ‚Psychotizismus‘ zeigt bei nahezu gleich niedrigen Werten der Gruppe der nachgezogenen Ehefrauen und der befragten Patientinnen der 1. Migrationsgeneration signifikant höhere Skalenwerte im Kollektiv der Frauen der 2. Migrationsgeneration (Abb. 5.9.10).

Abb. 5.9.10: Werte aller SCL-90-R-Skalen nach Migrationsstatus



Die Frauen der zweiten Zuwanderergeneration befinden sich in einem Identitätskonflikt zwischen der Loslösung von ihrem Ursprung und den tradierten Normen auf der einen sowie der Anpassung an neue Lebensformen auf der anderen Seite. Schon allein die veränderte Frauenrolle führt zu einer Art Identitätskonfusion. In solchen Krisen können neurotisch-psychosomatische Störungen entstehen (Günay u. Haag 1993).

Für die erste Migrantin-Generation wird angenommen, daß sie sich aufgrund ihrer zum Migrationszeitpunkt abgeschlossenen Sozialisation in der Regel nur partiell in die Aufnahmegesellschaft eingliedert. Emotional und von der Identifikation her sind für sie weiterhin herkunftsorientierte Bezüge bestimmend. Die zweiten Generation dagegen erlebt im Alltag den Einfluß von zwei divergierenden Kulturen in einer Phase der noch nicht abgeschlossenen Persönlichkeitsbildung (Hill 1990).



Eine soziologische Untersuchung von Hill (1990) hat ergeben: Je stärker sich die Eltern in ihren Verhaltensweisen an der Herkunftskultur orientieren, desto geringer sind die Anzeichen von Streß bei den befragten türkischen Jugendlichen. Und: Mit steigender ‚identikativer Assimilation‘ und durch die zunehmende ‚Endtraditionalisierung des Rollenverständnisses‘ nimmt der subjektiv empfundene Streß zu. Diese Gefühle werden, wie bereits erwähnt, auch als Akkulturationsstreß bezeichnet, der für die zweite Migrantinnengeneration motivierend aber auch psychisch belastend sein kann.

Bei der Skala ‚phobische Angst‘ hatte die Gruppe der nachgezogenen Ehefrauen signifikant höhere Werte als die Gruppen der türkischstämmigen Patientinnen der ersten und zweiten Migrationsgeneration. Die mit dieser Skala beschriebene Symptombelastung durch Gefühle der Bedrohung ist demnach am stärksten bei den nachgezogenen Ehefrauen, welche zumeist erst relativ kurze Zeit in Deutschland sind. Vermutlich spielt hier die Konfrontation mit der (doppelt) fremden Umgebung im Aufnahmeland (Gefühle der Bedrohung durch fremde Klinik und neue ‚deutsche Umgebung‘) eine Rolle.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß, anders als angenommen, sich die Frauen der 2. Migrationsgeneration, für die eine am wenigsten unmittelbare Migrationserfahrung anzunehmen ist (sie wurden ja von ihren zugewanderten Müttern der 1. Migrationsgeneration in Deutschland geboren und sind auch zumeist hier aufgewachsen), am meisten durch psychische Symptome belastet fühlten.

Abschließend soll mit Leyer (1991) daran erinnert werden, daß psychische und psychosomatische Symptombildungen (wie auch die subjektiven Krankheitstheorien) eines Patienten die unter bestimmten Umständen beste und sinnvollste Lösung eines Konflikts darstellen. Weder das Symptom noch seine subjektive Erklärung sind daher gering einzuschätzen, sondern sollten in ihrer Bedeutung entschlüsselt werden, wobei Vertrautheit mit dem soziokulturellen Kontext des Patienten und seiner Krankheit das Verständnis erweitern und vertiefen hilft.

## **5.10 Besonderheiten bei der ambulanten Versorgung von Migrantinnen**

### **5.10.1 Problembeschreibung**

Nach Ete (2000) gibt es wie im stationären Bereich auch in der Praxis des niedergelassenen Arztes Besonderheiten und spezielle Probleme bei der Versorgung von Migrantinnen im allgemeinen bzw. türkischen Patienten im speziellen. Er faßt diese Schwierigkeiten in drei Gruppen zusammen: 1. Differenzen bei Krankheitsempfinden, Krankheitsverständnis und Schilderung der Beschwerden, 2. Interaktionsprobleme und 3. Probleme bei der Akzeptanz einer psychosomatischen Krankheitsgenese. Als weitere, die Arzt-Patientin-Beziehung möglicherweise beeinträchtigende Faktoren nennt Tilli (1989) im Ergebnis von 122 Interviews mit türkischen Frauen Mißtrauen, Sprachprobleme, kulturell- und schichtbedingte Fremdheit und den mit der Einbestellpraxis zusammenhängenden Zeitdruck in der Sprechstunde bei vielen niedergelassenen Ärzten. Alter und Geschlecht von Arzt bzw. Patient haben ebenfalls einen Einfluß auf die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung.

Mit der ärztlichen Sicht auf die Problemlage haben sich Wagner und Marreel (2000) beschäftigt. Sie führten 1998 eine schriftliche Befragung aller 206 in Berlin-Kreuzberg niedergelassenen Ärzte durch. Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug schließlich knapp 70%. Die Bewertung von Kommunikationsproblemen zwischen Ärzten deutscher Herkunft und nicht-deutschstämmigen Patienten erstreckte sich auf vier Bereiche: die sprachliche Ebene, die Behandlungserwartungen, die kulturspezifische Darstellung von Krankheitssymptomen und die Compliance. In überwiegendem Maße (ca. je. 40%) wurden die bestehenden Probleme als ‚mittelmäßig‘ eingestuft. 30% der befragten Ärzte bewerteten sie als ‚gering‘ und etwa 15% als ‚groß‘, wobei die Nennungen zu sprachlichen Schwierigkeiten deutlich unter diesem Wert und zu Probleme bei Compliance und Behandlungserwartung etwa 3% über diesem Wert lagen (Wagner und Marreel 2000).

Auch wenn die Versorgung und Betreuung durch niedergelassene Ärzte in der von uns durchgeführten Befragung von 262 türkischen und 320 deutschen Patientinnen auf den gynäkologischen Stationen des Virchow-Klinikums nicht Schwerpunkt der Untersuchung war, widmete sich doch kleiner ein Teil des Fragebogens auch der Verzahnung zwischen ambulantem Bereich und Klinik, dem Anlaß der Untersuchung beim Frauenarzt, der Zufriedenheit mit der Behandlung u. ä. m.

Bevor Ergebnisse diese Studienteils dargestellt werden, wird jedoch zunächst auf eine Pilotstudie eingegangen, die sich mit der unterschiedlichen Inanspruchnahme der gynäkologischen Erste-Hilfe-Stelle im Virchow-Klinikum durch Migrantinnen und deutsche Frauen beschäftigte (David 1998, Pette 1998). Sie wird als vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte prospektive Querschnittsuntersuchung von 2001 bis 2003 in größerem Umfang fortgesetzt.

In den Notfallambulanzen als Schnittstelle zwischen ambulanter und klinischer Versorgung wird durch die behandelnden Ärzte unter anderem eingeschätzt, wie akut und schwer erkrankt der jeweilige Patient ist und ob eine ambulante medizinische Behandlung ausreicht oder eine Hospitalisierungsbedürftigkeit besteht. Verschiedene Untersuchungen aus den USA, Kanada und einigen europäischen Ländern haben gezeigt, daß zwischen 60 und 80% der Patienten die Notfallambulanzen aus nicht schwerwiegenden Gründen aufsuchen, d. h., die meisten Besuche sind aus medizinischer Sicht eigentlich ungerechtfertigt, weil es keine Notfälle sind, die in einer Klinik hätten behandelt werden müßten (Blöchliger et al. 1998, Escobedo 1997, Padgett u. Brodsky 1992, Petersen 1998). Im Ergebnis einer Literaturreview ergaben sich als prädisponierende Faktor für Notfallambulanznutzer: Ethnizität (Minorität, Zuwanderer), niedrigeres Einkommen, ungünstiger Versicherungsstatus und Wohnung in der Nähe der Notfallambulanz (Malone 1995).

## **5.10.2 Unterschiedliche Inanspruchnahme einer gynäkologischen Notfallambulanz durch deutsche Patientinnen und Migrantinnen**

### **5.10.2.1 Patientinnenkollektiv und Methodik**

In einer retrospektiven Querschnittsanalyse wurden die Daten von 569 Patientinnen, die von Januar bis April 1996 die Notfallambulanz der Frauenklinik des Virchow-Klinikums in Anspruch nahmen, nach festgelegten Kriterien aus der archivierten Notfalldokumentation (sog. Erste-Hilfe-Scheine) erfaßt und statistisch ausgewertet (Magisterarbeit von G.M. Pette 1997). Die Zuordnung der ethnischen Zugehörigkeit der Patientinnen erfolgte nach deren Vor- und Zunamen, insbesondere in Zweifelsfällen durch zwei unabhängige Untersucher. Neben den soziodemographischen Angaben wurden die von den Klinikärzten dokumentierten Anamnesen quantitativ und qualitativ ausgewertet. Haupt- und Differentialdiagnosen wurden zu Diagnosegruppen zusammengefaßt, die Behandlungsart und -häufigkeit wurden erfaßt. Nach Abschluß der Erhebung wurde eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Die Daten wur-

den mit Hilfe des Statistikpakets SPSS 6.0 für Windows ausgewertet. Es erfolgte ein Gruppenvergleich der Daten der Migrantinnen mit denen der deutschen Patientinnen. Für die statistische Auswertung und Abschätzung der Irrtumswahrscheinlichkeit wurde der Chi<sup>2</sup>- Test, für kleine Zahlen der exakte Test nach Fisher benutzt. Bei der Analyse der Altersgruppen wurde für den Vergleich der Medianwerte der Mann-Whitney U-Test angewandt. Als Signifikanzniveau wurde  $p < 0,05$  festgelegt.

### 5.10.2.2 Ergebnisse und Diskussion

#### 5.10.2.2.1 Inanspruchnahmehäufigkeit

Im Vergleich zur ethnischen Zusammensetzung der Patientinnen in der Frauenklinik insgesamt ist die Inanspruchnahme der gynäkologischen Notfallambulanz im Virchow-Klinikum durch nichtdeutsche Patientinnen relativ hoch. – Der Anteil ausländischer Frauen, die mit Beschwerden die gynäkologische ‚Erste Hilfe‘ tagsüber oder in der Nacht in Anspruch nahmen, lag bei 55% (auf den gynäkologischen Stationen beträgt der Migrantinnenanteil unter den Patientinnen etwa 20%).

Nach der anteilmäßig größten Gruppe – den deutschen Frauen mit 45% aller Patientinnen – sind die türkischen Frauen mit einem Anteil von über 28% die größte Gruppe unter den Notfallambulanznutzerinnen (Tab. 5.10.1).

Tab. 5.10.1: Verteilung der Nationalitäten (in %)

<b>Herkunftsregion</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Deutschland	258	45,3
Türkei	162	28,5
Ex-Jugoslawien	37	6,5
übrige Mittelmeerländer	12	2,1
westliche Industriestaaten	14	2,5
Osteuropa	28	4,9
arabische Länder	37	6,5
übriges Ausland	21	3,7
(gesamt)	569	100

Die ausländischen Patientinnen waren im Durchschnitt jünger als die deutschen, der Median betrug bei den Migrantinnen 25 Jahre, bei den deutschen Frauen 27 Jahre.

Als ein Grund für die überproportional hohe Inanspruchnahmerate der Migrantinnen sind die im Vergleich zu deutschen Frauen stärker besetzten jüngeren Altersgruppen zu vermuten (Tab. 5.10.2).

Tab. 5.10.2: Deutsche und nichtdeutsche Frauen nach Altersgruppen in Berlin zum 31.12.1997 (lt. Statistisches Landesamt Berlin)

	Deutsche Frauen	Nichtdeutsche Frauen	
		<i>darunter</i> Türkinnen	
A: 0 bis 70 u. mehr Jahre	1.548.270	198.800	63.514
B: 15-30 Jahre	256.739	57.541	19.153
C: 15-70 Jahre	1.113.862	155.331	46.489
Anteil B an C	23%	37%	41,2%

Aus der Altersgruppe zwischen 15 und 30 Jahren kam ein großer Teil der Patientinnen insgesamt und die Hälfte aller Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden, die einer der häufigsten Gründe für das Aufsuchen der Notfallambulanz waren.

Petersen et al. (1998) werteten 1.700 Erst-Hilfe-Fälle aus fünf Krankenhäusern im Nordosten der USA aus. Demnach kamen 50% der Patienten mit nichtdringlichen Beschwerden. Es fand sich nach Anpassung hinsichtlich soziodemographischer Faktoren und Comorbidität eine signifikante Korrelation dieser Gruppe zum Nichtvorhandensein eines eigenen (ständigen) Hausarztes. Solche Defizite hinsichtlich der ambulanten Versorgung bei niedergelassenen Ärzten oder die Unkenntnis der Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens sind auch für unser Untersuchungskollektiv als mögliche Ursache für den überproportional hohen Anteil von Migrantinnen unter den Patientinnen der gynäkologischen Ersten Hilfe zu diskutieren.

Ostermann (1990) berichtet über eine positive Einschätzung und die hohen Erwartungen gerade ausländischer Patienten hinsichtlich der technisch-apparativen und personellen Ausstattung im Krankenhaus, was ebenfalls ein Grund für die ‚großzügigere‘ Inanspruchnahme der Notfallambulanz durch Migrantinnen wäre.

Mangelnde sprachliche Verständigungsmöglichkeiten spielen möglicherweise auch eine Rolle. Aber auch im Krankenhaus ist ja keine Sprachkompetenz seitens des medizinischen Personals vorhanden. Andererseits sollte durch das zunehmende Versorgungsangebot fremdsprachiger niedergelassener Ärzte oder die Einstellung z. B. türkischsprechender Arzthelferinnen in den Berliner Arztpraxen die Inanspruchnahme der klinischen Notfallambulanz nicht mehr so selbstverständlich sein wie in den 70er Jahren, als es für ausländische Patienten und Patientinnen an Alternativen mangelte. Die Notfallambulanz der Frauenklinik scheint sich im Arbeiterbezirk Wedding jedoch zu einer festen ‚Institution‘ entwickelt zu haben. U. U. sind in dieser Klinik nicht zuletzt die Wartezeiten kürzer, die Atmosphäre großzügiger, das medizinische Personal offener eingestellt als in den Praxen mancher niedergelassener Ärzte.

Für die USA stellten Padgett und Brodsky (1992) eine starke Erhöhung der Nutzung von Klinik-Notfallambulanzen seit 1950 fest. Ca. 85% der Patienten suchen sie jedoch aus nicht lebensbedrohlichen Gründen. Der häufigste Grund bei nicht-dringlichen Fällen war das Nichtvorhandensein anderer Hilfsmöglichkeiten sowie zusätzlich Faktoren wie sozioökonomischer Streß, psychiatrische Comorbidität und das Fehlen sozialer Unterstützung (Padgett u. Brodsky 1992).

Blöchliger et al. (1998) untersuchten Probleme und Schwierigkeiten bei der Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in drei städtischen Notfallstation in der Schweiz. Aus ihrer Sicht beeinflussen folgende Variablen die Nutzung der Notfallambulanz: Krankheitsbild, geographische Verteilung medizinischer Versorgungseinrichtungen in einem Territorium, sozio-ökonomische Schichtung der Patientenklientel, Kenntnisse der Bevölkerung über Zweck und Zugang zu verschiedenen Versorgungseinrichtungen (z. B. der Notfallambulanz). Die Gruppe der Asylsuchende und Flüchtlinge unterschied sich von der schweizerischen ‚Normalbevölkerung‘ durch mangelnde Kenntnis des Versorgungssystems, sprachliche Probleme und ungünstige sozio-ökonomische Faktoren.

Einen Beitrag zur höheren Inanspruchnahme mögen auch hohe Besuchsfrequenzen von Angehörigen und Freunden ausländischer Patienten leisten. Durch den wiederholten Kontakt steigt der Grad der Informiertheit über das Krankenhaus und Berührungs- und Schwellenängste werden gemindert.

#### **5.10.2.2.2 Nutzungszeiten und Rahmenbedingungen**

Insgesamt war die Inanspruchnahme der Notfallambulanz durch Patientinnen in der zweiten Tageshälfte deutlich höher als morgens oder in den späten Nachtstunden. Migrantinnen kamen häufiger in den späten Abendstunden, insbesondere auch am Wochenende, in die Notfallambulanz. Deutsche Patientinnen wiederum stellten sich signifikant häufiger in den Mittagsstunden in der ‚Ersten Hilfe‘ vor.

Vermutlich üben kulturbedingt unterschiedliche Lebensweisen Einfluß aus auf die bevorzugte Inanspruchnahme deutscher Patientinnen in den Mittags- und ausländischer Patientinnen in den Abendstunden aus. Erfahrungsgemäß spielt aber ebenfalls eine Rolle, daß insbesondere türkische Patientinnen von ihrem Mann begleitet werden, der oftmals erst in den Abendstunden nach Hause kommt.

Da das Angebot klinischer Einrichtungen sich an der Nachfrage orientieren sollte, hieße das für Notfallambulanzen, daß für diesen sensiblen Bereich zu Tageszeiten mit erfahrungsgemäß hoher Inanspruchnahmefrequenz ausländischer Patientinnen z. B. häufiger Ärzte mit entsprechender Berufserfahrung und ggf. auch Sprach- und Kulturkompetenz eingesetzt werden müßten, was in der Praxis jedoch kaum vorstellbar ist bzw. schwer realisierbar sein dürfte.

#### **5.10.2.2.3 Anamneseerhebung und -dokumentation**

Die Diagnose und Therapie betreffenden Informationen in den schriftlichen ärztlichen Aufzeichnungen, hier den sog. Erste-Hilfe-Scheinen, werden im allgemeinen als Dokumentation dessen angesehen, was in der Notfallambulanz tatsächlich erfragt bzw. getan wurde. Daraus schlußfolgern wir, daß auch aus der Anamnesedokumentation – zumindest tendenziell – eine Beziehung zur tatsächlichen Kommunikationssituation zwischen Arzt/Ärztin und Patientin abgeleitet werden kann.

Die verschiedenen Aspekte der Vorgeschichte der Patientinnen wurden je nach ethnischer Herkunft unterschiedlich häufig und in unterschiedlichem Umfang schriftlich festgehalten. Gemessen an der Anzahl der dokumentierten Worte fiel die Anamnese bei ausländischen Frauen signifikant kürzer aus als bei den deutschen.

Unterschiede wiesen aber nicht nur der Umfang, sondern auch die Inhalte der erhobenen Vorgeschichte auf (Tab. 5.10.3).

Tab. 5.10.3: Vollständigkeit der Anamneseerhebung (in %) beurteilt anhand der Anzahl der dokumentierten Indikatorvariablen 1-4 \*

	4 von 4 Indikatorvariablen	3 von 4 Indikatorvariablen	2 von 4 Indikatorvariablen
deutsche Patientinnen (n=258)	71,3	25,2	3,5
ausländische Patientinnen (n=311)	65	22,2	12,9

\*1 = gynäkologische Vorgeschichte, 2 = zeitliche Entwicklung der aktuellen Beschwerden, 3 = Wortzahl der gynäkologischen Anamnese, 4 = Wortzahl der allgemeinen Anamnese

Bei ausländischen Frauen wurden zum Beispiel seltener die Entwicklung der aktuellen Gesundheitsstörung, sonstige körperliche Beschwerden oder frühere Krankheiten und Anmerkungen zum sozialen Umfeld dokumentiert. Das heißt, es wurde wahrscheinlich auch nicht bzw. seltener danach gefragt. Dabei enthalten gerade diese Informationen wichtige Hinweise auf die Gesamtsituation der Patientin.

Inhaltlich stark verkürzt bis unvollständig war die Anamnese bei etwa 10 % aller Patientinnen dokumentiert: Die Unvollständigkeit der Dokumentation betraf hierbei in vier von fünf Fällen ausländische Patientinnen.

In der Literatur werden als Ursachen für kürzere Anamnesen Verständigungsprobleme (Collatz 1992) und vorgefaßte Einstellungen von Ärzten gegenüber ausländischen Patienten und Patientinnen (Rehbein 1986) beschrieben. Man kann darüber hinaus allgemein mangelnde Erfahrung und ungenügende Urteilsbildung als Ursache für Probleme bei der Anamneseerhebung ansehen (David et al. 1997). Auch der zu Papier gebrachte medizinische ‚Sprachcode‘ gibt u. U. unabhängig von der sprachlichen Verständigung die Anliegen der Patienten nur verschlüsselt oder verkürzt wieder.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung deuten darauf hin, daß die Unterschiede in der verkürzten Dokumentation von Anamnesen ausländischer Patientinnen nicht allein auf mangelnder Erfahrung der untersuchenden Ärzte beruhen, denn es waren häufiger berufserfahrene Frauenärzte, die die Vorgeschichte bei ausländischen Patientinnen unvollständig darstellten. Gerade erfahrenere Ärzte sind dazu in der Lage, mit und aus einer kurzen Anamnese (und deren Dokumentation) die notwendige Information zu gewinnen und entsprechend zu intervenieren. Ein eindeutiges Krankheits-



bild kann einem routinierten Arzt ausreichend aussagekräftige Gründe für eine entsprechende Therapie oder eine stationäre Einweisung bieten.

Die Funktion der Anamnese ist es, über die reine Informationsgewinnung hinaus eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen. Eigene Beobachtungen und Gespräche mit untersuchenden Ärzten zeigten deutliche strukturelle Unterschiede in der Arzt-Patientin-Interaktion im Rahmen des Untersuchungsgeschehens. Von den Ärzten selbst wahrgenommen werden diese Differenzen zumeist bezüglich der alltäglichen Umgangsformen. Z. B. sind bei deutschen Patientinnen Auflockerungen der Untersuchungs- und Behandlungssituation durch Gespräche über Alltägliches und Belangloses möglich, was bei ausländischen Patientinnen dagegen in der Regel wegen der Verständigungsschwierigkeiten unterbleibt.

#### **5.10.2.2.4 Diagnosespektrum und Therapie**

Es ergaben sich keine signifikante Unterschiede im Diagnosespektrum der gynäkologischen Notfallambulanz zwischen deutschen und ausländischen Frauen in der von uns untersuchten Stichprobe. Somatische und eher psychosomatische Diagnosen (die Zuordnung zu den Diagnoseklassen erfolgte erst während der Auswertung) waren in beiden Gruppen annähernd gleich häufig vertreten (Tab. 5.10.4).

Tab. 5.10.4: Anteil der Diagnoseklassen in der Notfallambulanz (in %)

Diagnoseklassen	deutsche Patientinnen (n=258)	ausländische Patientinnen (n=311)
• <i>(eher) somatisch</i>	47,7	45,4
Abortgeschehen	10,5	12,9
Unterbauchschmerz mit Organbefund	12,4	14,1
Blutung (ohne Gravidität)	5,8	3,9
Schwangerschaftsstörungen	4,3	3,2
Wochenbettstörungen	2,3	1,9
Mammabeschwerden	3,9	1,9
Karzinom	2,3	0
sonstiges	6,2	7,4
• <i>eher funktionell / psycho- somatisch</i>	52,3	54,6
Dysmenorrhoe	4,3	5,5
Zyklusstörungen	2,3	2,6
Unterbauchschmerz ohne Or- ganbefund	11,2	13,2
unspezifische Schwangerschaftsbeschwerden	22,9	25,7
Hyperemesis gravidarum	0,4	1,9
Ausfluß	2,3	0,6
sonstiges	8,9	5,1
davon kein patholog. Befund	8,1	3,9

Ausländischen Patientinnen wurde zwar etwas häufiger zu einer Therapie geraten, ein signifikanter Unterschied hierbei ergab sich jedoch nur im Vergleich von deutschen mit der Untergruppe der türkischen Patientinnen.

Tab. 5.10.5: Häufigkeit einer Therapieempfehlung nach Nationalität (\*  $p < 0,05$ )

	Therapie %	keine Therapie %
Patientinnen insgesamt (n=569)	69,8	30,2
deutsche Patientinnen (n=258)	65,9	34,1
ausländische Patientinnen (n=311)	73,0	27,0
türkische Patientinnen (n=162)	75,3*	24,7

Auch in der Art der Therapie ließen sich keine spezifischen Unterschiede feststellen. Nur bei der Betrachtung einzelner Diagnosen ergab sich ein etwas differenzierteres Bild: Patientinnen mit unspezifischen Schwangerschaftsbeschwerden, also etwa jede vierte Patientin der Stichprobe, erhielten am häufigsten den ärztlichen Rat, sich zu schonen. Hielten die Ärzte allerdings eine medikamentöse Therapie für angebracht, so empfahlen sie diese doppelt so häufig bei ausländischen Frauen wie bei deutschen Patientinnen.

Tab. 5.10.6: Therapie der Wahl bei unspezifischen Schwangerschaftsbeschwerden nach Nationalität (in %)

Therapie	deutsche Frauen (n=59)	ausländische Frauen (n=80)	türkische Frauen (n=43)
keine	37,3	28,8	32,6
medikamentös	13,6	23,8	23,3
konservativ	49,2	47,5	44,2

Insgesamt jede vierte Patientin wurde nach einer ersten Untersuchung in der Notfallambulanz im Untersuchungszeitraum stationär aufgenommen. Zwischen deutschen und ausländischen Frauen ergaben sich hier keine signifikanten Unterschiede.

Es überrascht, daß somatische und eher psychosomatische Diagnosen bei deutschen Patientinnen und Migrantinnen annähernd gleich häufig vertreten waren. Bei der in Kapitel 5.9 diskutierten stärkeren psychischen Belastung durch den Migrationsprozeß aber auch in Folge der meist schlechteren psychosozialen bzw. sozioökonomischen Situation wäre eine höhere Rate bei den nichtdeutschen Frauen zu erwarten gewesen.

Zu diskutieren sind hier jedoch folgende Einflußfaktoren a) auf Seiten der Patientin: Zwar könnte sich, ähnlich wie bei deutschen Unterschichtpatienten, hinter der Präsentation organischer Beschwerden der Wunsch nach Anteilnahme und Zuwendung verbergen. Diesem Bedürfnis steht aber z.B. bei türkischen Patientinnen die Sprachbarriere als zusätzliches Problem entgegen. Diese Kommunikationseinschränkung zwingt die Frauen wiederum zur Somatisierung, um ihre Beschwerden verdeutlichen zu können und verstellt den Ärzten den Blick auf dahinterliegende Probleme (Tilli 1989); b) auf ärztlicher Seite: Vorurteile, daß ausländische Patientinnen häufiger ‚psychosomatisieren‘, dramatisieren und auch simulieren. Die Diagnose einer eher funktionell bedingten Gesundheitsstörung wird also deshalb möglicherweise gerade nicht gestellt. Und c): unverständliche Verhaltensweisen und Krankheitssymptome werden aus Unkenntnis eines anderen Krankheitsverständnisses der Migrantinnen fehlgedeutet.

Wir registrierten bei unserer vergleichenden Untersuchung keinen deutlichen Unterschied hinsichtlich Art und Häufigkeit von Behandlungsmaßnahmen. Bei schwangeren ausländischen Patientinnen scheint aber eine andere Verordnungspraxis als bei deutschen zu bestehen. Speziell bei unspezifischen Schwangerschaftsbeschwerden wird schon in älteren Arbeiten eine häufigere Medikamentenverordnung bei Migrantinnen während der ersten drei Monate der Schwangerschaft beschrieben (Grottian zit. in Zink 1985). Möglicherweise wird hier eine (vermutete) Erwartungshaltung der Migrantinnen durch die behandelnden Ärzte bedient oder diese Unterschiede sind Ergebnis eines Kommunikationsdefizits. Sprachliche Unsicherheit soll durch ‚therapeutische Sicherheit‘ kompensiert werden. Deutschen Frauen können eher im Gespräch über Verhaltensmaßnahmen informiert bzw. hinsichtlich der Ungefährlichkeit der Beschwerden beruhigt werden. Vielleicht spielt auch die weitverbreitete Skepsis gegenüber Medikamenten in der Schwangerschaft in der deutschen Bevölkerung eine Rolle, d. h., die Medikamente werden von den deutschen schwangeren Patientinnen eher abgelehnt.

Eine weitere Erklärung liefern Brucks et al. (1987), die 165 Tonbandprotokolle von Sprechstundengesprächen aus fünf verschiedenen Praxen (81 Gespräche aus Facharztpraxen und 84 Gespräche aus Praxen praktischer Ärzte mit deutschen und nicht-deutschen Patienten) ausgewertet haben. Vor allem die Gespräche mit den ausländi-

schen Patienten lassen sich ihrer Ansicht nach am besten einer Beziehungsform zuordnen, die sie als ‚Einverständnis im Mißverständnis‘ bezeichnen und – bezüglich einer Verbesserung der Situation fast illusionslos – wie folgt charakterisieren: “... ‚Mißverständnis‘ deshalb, weil beide um ihre Hilflosigkeit gegenüber den wirklichen Verursachungsbedingungen der Krankheit und um die Erfolglosigkeit der symptomorientierten Behandlung wissen. Sie bringen dieses Wissen aber nicht in das Gespräch miteinander ein. Sie tun dies nicht, weil sie nicht erwarten, von ihrem Gesprächspartner verstanden zu werden und weil sie beide keine Lösung für die sich dann ergebende, offen zutage tretende Problematik haben. Dabei scheint das Ausweichen auf medizinisch legitimierte Akte, insbesondere die Vergabe eines Medikamentes, ein häufig eingesetztes Mittel zu sein, um dieses Einvernehmen herzustellen. Es symbolisiert die Illusion von Heilung, an der beide interessiert sind. Hierauf beruht ihr ‚Einverständnis‘. Es verschafft ihnen eine gemeinsame Handlungsbasis ...” (Brucks et al. 1987, S. 53)

Die Ergebnisse unserer Pilotstudie zur Inanspruchnahme einer gynäkologischen Notfallambulanz zusammenfassend kann man sagen, daß Migrantinnen diese überproportional häufig aufsuchen und zwar – wahrscheinlich aus familiären und/oder sozialen Gründen – häufiger am Wochenende und in den späten Abendstunden. Das in der Notfallambulanz erfaßte Beschwerdenspektrum und der diagnostizierte Anteil psychosomatischer Krankheitsbilder ist bei deutschen und ausländischen Frauen in etwa gleich. Bei ausländischen Patientinnen wird weniger schriftlich dokumentiert. Spärliche oder keine Dokumentation kann als Ausdruck für einen unterschiedlichen Umgang mit ausländischen Patienten gesehen werden und ungleiche Versorgungsbedingungen kennzeichnen. Die ungenügende bzw. geringere Anamneseerhebung bei Ausländerinnen führt aber offenbar nicht zu Qualitätseinbußen bei Diagnose bzw. Therapie. Migrantinnen erhielten bei Schwangerschaftsbeschwerden tendenziell häufiger Medikamente verordnet als deutsche Patientinnen.

### **5.10.3            Ambulante Versorgung beim niedergelassenen Frauenarzt**

#### **5.10.3.1        Methodik**

Anders als der vorhergehende Abschnitt beziehen wir uns nunmehr wieder ausschließlich auf die Fragebogenuntersuchung auf den gynäkologischen Stationen des Virchow-Klinikums bei 320 deutschen und 262 türkischstämmigen Patientinnen. Teil

des Fragebogens T1 waren 13 Fragen zum Kontakt zu niedergelassenen Gynäkologen. Gefragt wurde nach dem Anlaß des Arztbesuchs, dem Geschlecht und der Nationalität des einweisenden Frauenarztes, den Kriterien für die Auswahl des betreuenden Gynäkologen und der Zufriedenheit mit dessen Behandlung. Es sollte außerdem eruiert werden, ob die Patientin in den letzten Jahren beim Frauenarzt war, wie oft und warum sie den Arzt gewechselt hat.

Es erfolgte ein Gruppenvergleich der Daten der Migrantinnen und der deutschen Patientinnen. Für die statistische Auswertung und Abschätzung der Irrtumswahrscheinlichkeit wurde der Chi<sup>2</sup>- Test, für kleine Zahlen der exakte Test nach Fisher benutzt. Für den Vergleich der Medianwerte wurde der Mann-Whitney U-Test angewandt. Als Signifikanzniveau wurde wiederum  $p < 0,05$  festgelegt.

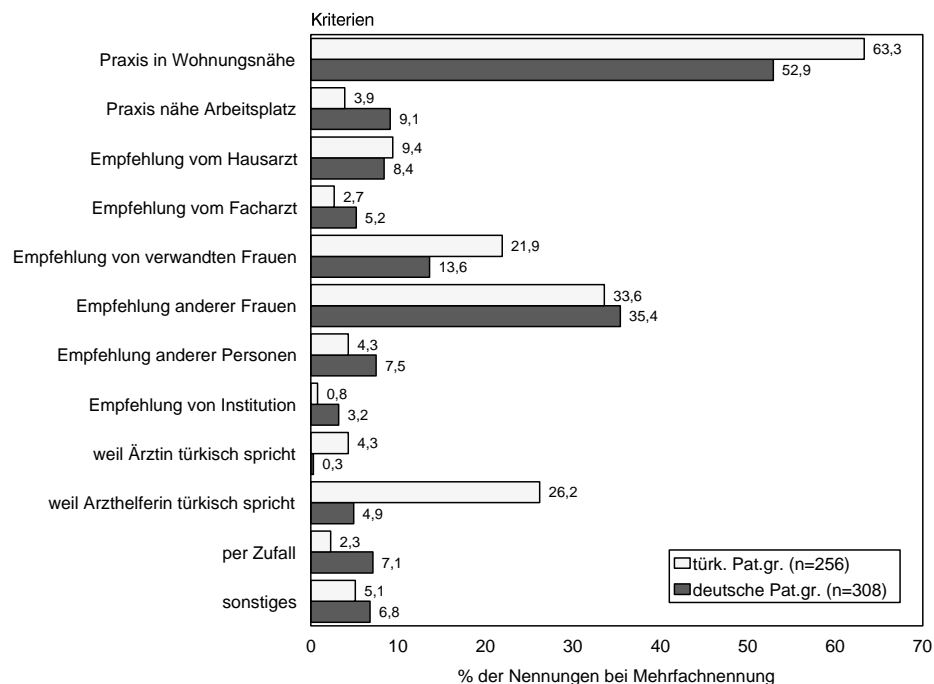
### **5.10.3.2 Ergebnisse und Diskussion**

Beim ersten Kontakt zum Gynäkologen waren die befragten türkischstämmigen Frauen im Durchschnitt 20,2 Jahre und die deutschen 17,5 Jahre alt. Das Alter der Migrantinnen beim Erstbesuch in der Praxis war um so geringer, je besser ihre Deutschkenntnisse waren (geringe Deutschkenntnisse: 22,6 Jahre / mittlere: 19,9 J. / gute: 18,6 J.).

Als Kriterien für die Auswahl eines Frauenarztes waren 11 Gründe vorgegeben. Es waren Mehrfachnennungen möglich und in einem zusätzlichen Feld konnten ergänzenden Eintragungen vorgenommen. Für die türkischstämmigen Frauen war, wie für die deutschen Patientinnen, die Nähe der Praxis zur eigenen Wohnung wichtig, an zweiter Stelle wird die Empfehlung durch andere Frauen genannt. Eine deutliche größere Bedeutung als für die deutschen Patientinnen haben bei den Migrantinnen Hinweise von Frauen aus der eigenen Verwandtschaft (Abb. 5.10.1).

Abb. 5.10.1

Kriterien für die Auswahl der/des niedergel. Frauenarztes/in / Ethnizität (n=564)



Erwartungsgemäß spielen bei den Frauen türkischer Herkunft eine türkischsprechende Arzthelferin, jedoch seltener ein türkischsprechender Arzt eine Rolle für die Auswahl der Praxis. Anzumerken ist, daß es unter den insgesamt 36 niedergelassenen Gynäkologen der umliegenden Stadtbezirke Wedding und Tiergarten derzeit 4 gibt, die für das Praxisteam eine gewisse türkische Sprachkompetenz angeben.

Eine interessante Frage ist, ob sich türkische Frauen eher von einem Arzt oder einer Ärztin behandeln lassen bzw. lassen würden. Die islamischen Gesetze verlangen eine strikte Trennung von Männern und Frauen, die nicht durch Ehe oder Blutsbande verbunden sind, um insbesondere intime Körperteile (*awra*) vor den Blicken Fremder zu schützen. Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit medizinischen Untersuchungen ist eine als *khalwa* bezeichnete Situation, die auftritt, wenn ein Mann und eine Frau allein an einem geschlossenen Ort sind und sexuelle Beziehungen zwischen ihnen möglich wären. Ungeachtet der religiösen Bedeutung und des sozialen Bedürfnisses, das *awra* zu schützen und die *khalwa* zu vermeiden, können Männer und Frauen, wenn es keine anderen Optionen gibt, auch von Ärzten des jeweils anderen Geschlechts nach dem Prinzip behandelt werden, daß ‚Bedürfnisse Verbote erlauben‘. Für Patientinnen wird folgende Prioritätenreihenfolge bei Erkrankungen aus

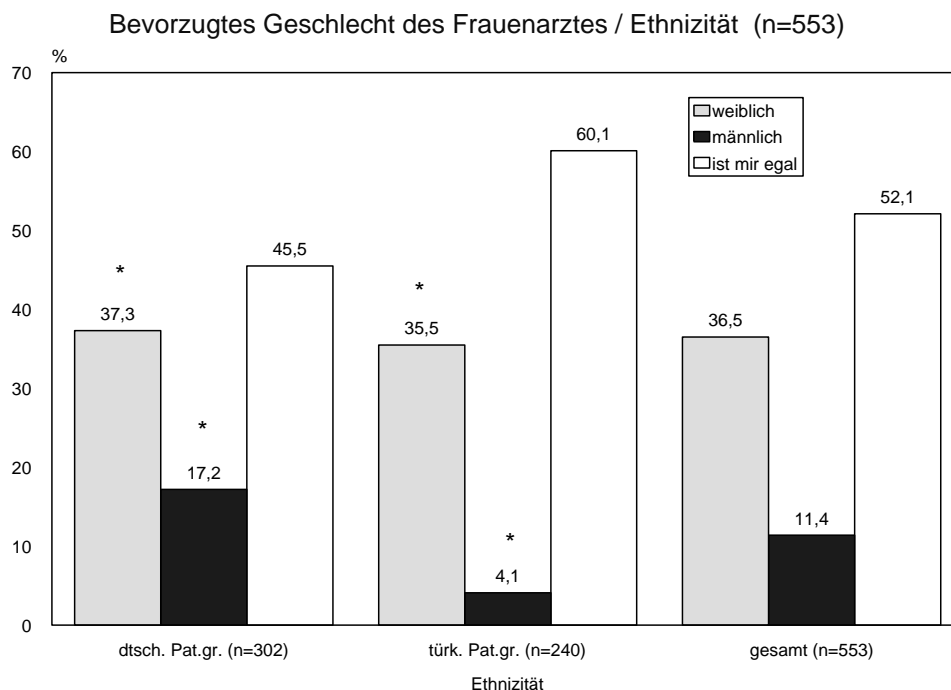
islam-rechtlicher Sicht empfohlen: 1. eine muslimische Ärztin aufsuchen; 2. wenn keine verfügbar ist, einen muslimischen Arzt, 3. Konsultation einer/eines (vertrauenswürdigen) nicht-muslimischen Ärztin oder Arztes (Rispler-Chaim 1993).

In den Kollektiven gaben nur 17% der deutschen und 4% der befragten türkischen Patientinnen an, einen Arzt als Behandler zu bevorzugen (Abb. 5.10.2).

Bei den türkischen Frauen spielt der Migrationsstatus keine Rolle ( $p=0,60$ ) aber der Akkulturationsgrad. – Von den antwortenden, weniger akkulturierten Frauen würde keine einen Gynäkologen präferieren.

Die türkischstämmigen Frauen hatten fast alle eine starke Verbundenheit mit ihrer (zumeist islamischen) Religion angegeben. Fast 92% dieser Patientinnen würden demzufolge auch eine Frauenärztin bevorzugen. In der Realität waren zum Befragungszeitpunkt aber nur 48% auch tatsächlich bei einer Gynäkologin in Betreuung.

Abb. 5.10.2



\* signifikanter Unterschied ( $p < 0,000$ ) beim Vergleich der Präferenz Frauenarzt versus -ärztin

Insgesamt war es jüngeren Frauen deutlich häufiger egal ( $< 30$  Jahre 58,1% / 30-50 J.: 51,4% /  $> 50$  J.: 45,1%), welches Geschlecht der sie betreuende Frauenarzt hat ( $p=0,05$ ). Von den Frauen aller Altersgruppen, die sich festgelegt haben, würden die



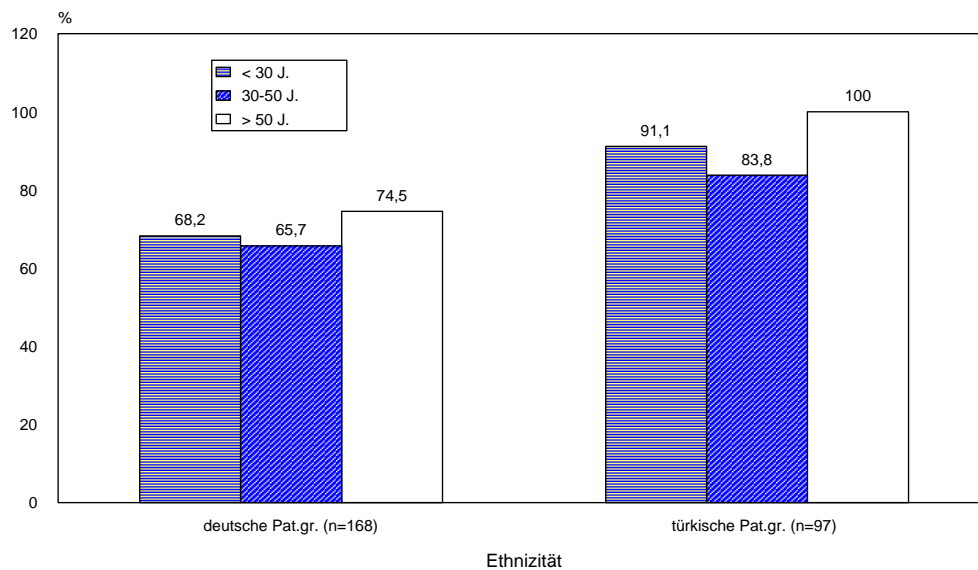
meisten eine Gynäkologin bevorzugen, und zwar zu ca. 70% die deutschen und zu 90% die türkischstämmigen Frauen. Mit zunehmendem Bildungsgrad präferieren die Frauen im Gesamtkollektiv deutlich seltener einen Mann.

Fragt man nach dem Geschlecht des derzeitigen Frauenarztes, zeigt sich eine gewisse Diskrepanz zu den zuvor angegebenen Präferenzen. Nahezu 50% aller Patientinnen sind nicht bei einer Frauenärztin (Abb. 5.10.3 und Tab. 5.10.7). Dies entspricht im Prinzip der derzeitigen Versorgungsrealität in Berlin, denn nach Auskunft des Berufsverbandes der Frauenärzte sind derzeit 256 männliche und 263 (50,7%) weibliche Frauenärzte in Berlin niedergelassen tätig.

Abb. 5.10.3

Patientinnenanteil mit der Präferenz Frauenärztin\* nach Ethnizität und Alter

\*ohne die Patientinnen mit der Angabe "ist mir egal"



Tab. 5.10.7: Gegenüberstellung von tatsächlichem und im Prinzip bevorzugtem Geschlecht des Frauenarztes (ohne die 143 türkischstämmigen und 137 deutschen Patientinnen, die auf die Frage nach der Geschlechtspräferenz 'ist mir egal' geantwortet hatten), Angaben in %

		derzeitiger Gynäkologe ist	
		Ärztin	Arzt
Präferenz türkischstämmiger Patientinnen (n= 94)	Ärztin	100	13
	Arzt	0	10
Präferenz deutscher Patientinnen (n=165)	Ärztin	105	8
	Arzt	5	47

Die mehr akkulturierten türkischstämmigen Frauen hatten deutlich häufiger einen männlichen Gynäkologen als die weniger akkulturierten (63,5 versus 44%;  $p=0,05$ ). Der Migrationsstatus spielte keine Rolle.

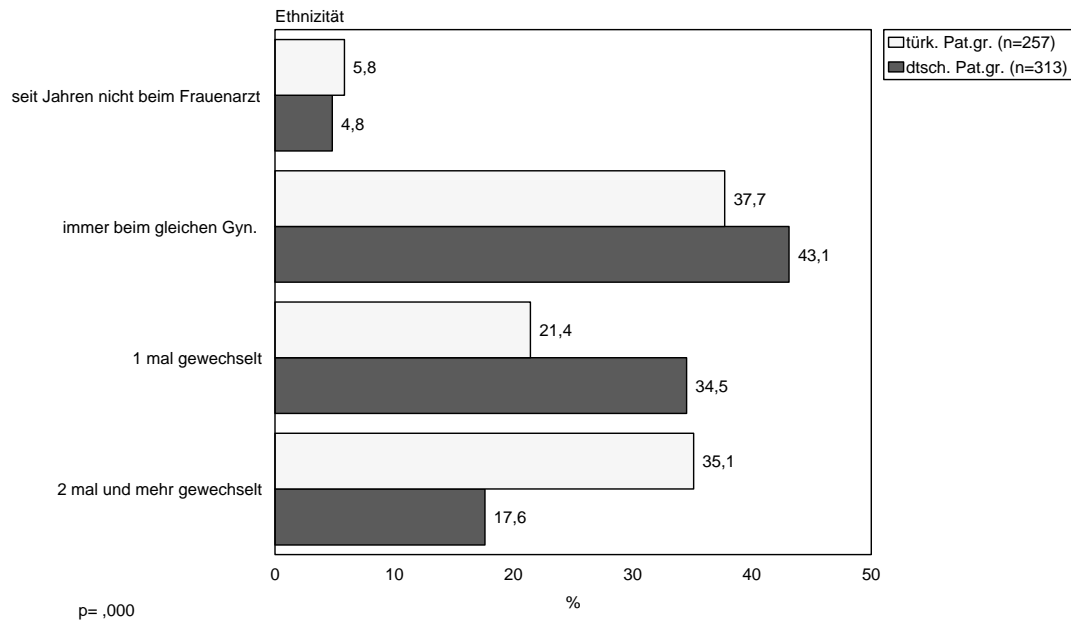
Nur 7,4% der türkischen Frauen hatten einen niedergelassenen Arzt türkischer Nationalität, mit deutlichen Unterschieden je nach Migrationsgeneration (1. Generation 11,4% / 2. Generation 3% / nachgezogene Ehefrauen 9,4%). Dieser geringe Prozentsatz ist sicher durch das geringe Angebot an sprachkundigen Ärzten in Berlin bedingt.

5-6% aller befragten Patientinnen waren seit Jahren nicht mehr beim Frauenarzt gewesen.

Ca. jeweils 40% in beiden Befragungskollektiven wurden schon seit längerem durch den gleichen Gynäkologen betreut (Abb. 5.10.4)

Abb. 5.10.4

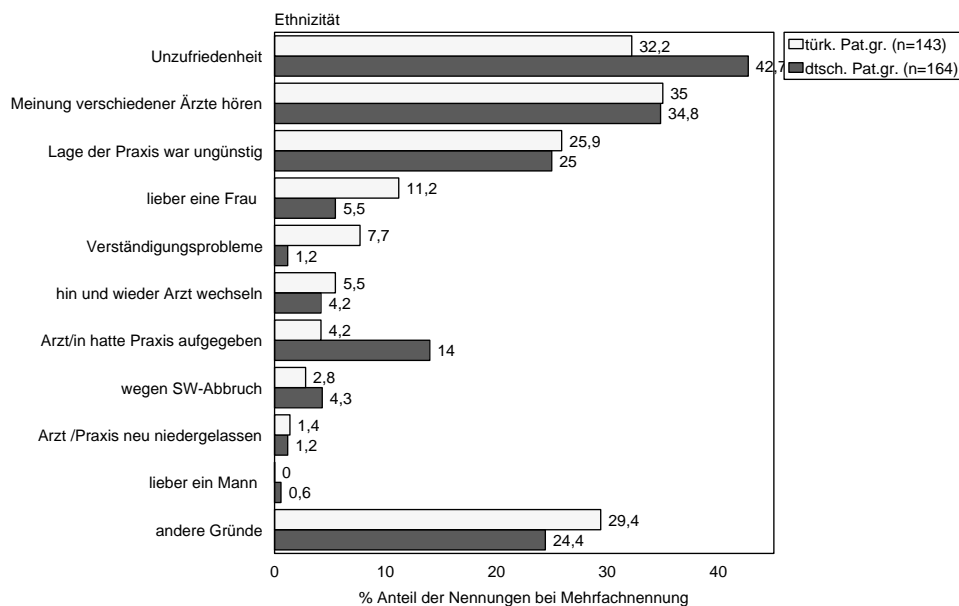
Häufigkeit des Frauenarztwechsels in den vergang. 5 Jahren / Ethnizität (n=570) [zusammengefasst]



Die türkischstämmigen Patientinnen hatten signifikant häufiger ( $p=0,000$ ) zwei oder mehrmals innerhalb der vergangenen fünf Jahre den Gynäkologen gewechselt. Die Abbildungen gibt die genannten Gründe für den Wechsel wieder (Abb 5.10.5).

Abb. 5.10.5

Gründe für Wechsel des/der Frauenärzts/in / Ethnizität (n=307)



Eine sehr häufig genannte Ursache für einen Praxiswechsel ist sowohl bei den befragten türkischen wie den deutschen Frauen die Unzufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung durch den Frauenarzt. 13,3% der befragten deutschen Patientinnen waren eher oder sehr unzufrieden, weitere 15,7% nur einigermaßen zufrieden mit ihrem Frauenarzt. Bei den türkischen Patientinnen war es 5,6 bzw. 18,4%. Insgesamt waren damit 25-30% der befragten Frauen mit der Betreuung unzufrieden, wobei sich beide Prozentsätze in dem auch von Follmer (1999) mitgeteilten Bereich bewegen. Er berichtet im Ergebnis einer 1998 durchgeführten telefonischen Repräsentativbefragung von 2000 Bürgerinnen und Bürger in Hessen zum Thema "Zufriedenheit mit niedergelassenen Ärzten", daß 73%, der Befragten eher/sehr zufrieden mit Verfügbarkeit des Arztes waren, mit der Verständlichkeit der Information 72%, mit der Ausführlichkeit der Befundbesprechung 70%, mit Erläuterungen der Behandlungsmethoden 61%, mit der Aufklärung über Ursachen der Beschwerden 57%, mit den Wartezeiten 55% und mit der Behandlung insgesamt 67% (Follmer 1999). Es ist dem Bericht nicht zu entnehmen, ob überhaupt und in welchem Maße Migranten in die Befragung einbezogen wurden.

Sowohl bei den von uns befragten deutschen wie auch bei den türkischen Patientinnen wurden am häufigsten Ursachen für die Unzufriedenheit genannt, die man in den drei Kategorien ‚mangelnde fachliche Kompetenz‘, ‚unbefriedigende Kommunikation‘ und ‚unzureichende Aufklärung‘ zusammenfassen kann. In diesem Zusammenhang gaben 6% der deutschen und 12,2% der türkischstämmigen Patientinnen an, die Erklärungen und Informationen im Zusammenhang mit der bevorstehenden Krankenhausaufnahme nicht oder kaum verstanden zu haben. Bei Migrantinnen mit guten bis sehr guten Sprachkenntnissen, gutem medizinischen Basiswissen, höherem Akkulturations- bzw. Bildungsgrad war es jeweils ein signifikant höherer Prozentsatz, der die Informationen gut und sehr gut verstanden hatte.

Nach Wasem (1999), der über Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von 2.181 Personen berichtet (nach Geschlecht und Ethnizität wird in dem Bericht nicht unterschieden), besteht generell ein großes Vertrauen der Bevölkerung zu den niedergelassenen Ärzten. Die fachliche Kompetenz ist allerdings nur ein bestimmender Faktor für die Zufriedenheit mit den Ärzten. Ebenso wichtig ist die emotionale und soziale Kompetenz des Arztes. Diese Dimension ist so stark, daß die Aussage ‚es ist un-

wichtig, ob ein Arzt sympathisch ist, entscheidend ist sein Fachwissen‘ von weniger als der Hälfte der Befragten als zutreffend eingeschätzt wird. Für Männer ist das Fachwissen stärker relevant als für Frauen, für ältere mehr als für jüngere Befragte. Bei der Festlegung einer Rangfolge verwiesen die Befragten die fachlich gute Ausbildung auf den ersten und das gute Einfühlungsvermögen auf den zweiten Rang. Mit deutlichem Abstand folgen Aussagen wie Ausstattung mit modernsten Geräten, fachlich gut ausgebildetes Praxispersonal oder kurze Wartezeiten. Über 80% der Befragten beklagen einen Mangel an intensiven Gesprächen mit ihren Ärzten (Wasem 1999).

Für die von uns befragten deutschen Patientinnen rangierte der Aspekt ‚gute Kommunikation‘ auf Rang 1 unter den Zufriedenheitskriterien. Auf Platz zwei und drei der Liste folgten Faktoren, die sich unter dem Begriff ‚psychosoziale Orientierung‘ und ‚soziale Kompetenz‘ zusammenfassen lassen. Für die Türkinnen waren vor allem eine gewissermaßen ‚interkulturelle Ausrichtung‘ der Praxis und ‚fachliche Kompetenz‘ des niedergelassenen Arztes wichtig. Die Kriterien ‚soziale Kompetenz‘ und ‚gute Kommunikation‘ waren jedoch fast ebenso bedeutend für diese Patientinnengruppe.

Neben der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit dem niedergelassenen Gynäkologen und dem Wunsch der Patientin nach einer ‚zweiten Meinung‘ als Erklärung des deutliche häufigeren Praxiswechsel der türkischen Frauen müssen noch andere Faktoren eine Rolle spielen.

In diesem Zusammenhang sind zwei Überlegungen von Tilli (1989) interessant, die im Prinzip beide die Diskrepanzen zwischen türkischen Patientinnen und deutschen Ärzten bei den Krankheitsursachenvorstellungen betreffen: Innerhalb des deutschen Gesundheitssystems, mit der für die meisten türkischen Frauen ungewohnten Zuständigkeit unterschiedlicher Fachärzte für verschiedene Beschwerden, und eines ihnen fremden kulturellen Umfeldes komme es, so Tilli (1989), zu einer Dissoziation von individuellen ätiologischen Konzepten und einer diesen adäquaten Behandlungsstrategie. Ist den behandelnden Ärzten das spezifische Ursachenkonzept der Migrantin unbekannt, so kann hierüber keine Kommunikation erfolgen. Enttäuschungen und ggf. ein Arztwechsel sind die Folge. Als anderes Beispiel werden Fragen des Arztes nach bestehenden persönlichen und familiären Problemen z. B. im Zusammenhang

mit chronischen Beschwerden angeführt. Die Existenz und Bedeutung dieser Faktoren sind den türkischen Frauen wohl bewußt, eine mögliche psychosoziale Mitverursachung der Beschwerden wird jedoch negiert. Die Frage danach wird als kränkend empfunden, da ja schließlich jeder Sorgen und Probleme habe. Es besteht die Befürchtung, als SimulantIn zu gelten. Auch hieraus können Behandlungsabbrüche und ein Arztwechsel resultieren (Tilli 1989).

## **6 Zusammenfassung**

### **6.1 Vorbemerkungen**

Deutschland ist de facto ein Einwanderungsland. Zum 31.12.1999 betrug der Ausländeranteil in der Bevölkerung 9%, d. h., im Bundesgebiet lebten knapp 7,36 Millionen Ausländer, die meisten in den Großstädten und industriellen Ballungsräumen. 27,9% aller Ausländer in Deutschland haben die türkische Staatsbürgerschaft (Statistisches Bundesamt 2000). In Berlin wohnen derzeit ca. 15% Migranten hauptsächlich in den westlichen Bezirken, darunter 128.705 Nichtdeutsche türkischer Herkunft (Statistisches Landesamt Berlin 2000).

Diese ‚multikulturelle Realität‘ spiegelt sich auch in der Gesundheitsversorgung wider. Je nach Standort und Einzugsgebiet eines Krankenhauses oder einer Praxis ergibt sich ein unterschiedlich großer Migrantenanteil unter den Patientinnen und Patienten und macht eine Auseinandersetzung mit den Besonderheiten bei der Beratung und medizinischen Behandlung von Migranten notwendig.

Bei der medizinischen Versorgung von Migranten treten nicht selten Probleme bei der sprachlichen Verständigung (Erhebung der Anamnese, Mitteilung von Diagnose und Behandlungsmaßnahmen sowie Aufklärung vor Operationen) auf. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich aus einer anderen, kulturell-bedingten Einstellung zum Körper, zur Krankheit und zur Pflege (Umgang mit Schmerzen, Krankheitsdarstellung, Lokalisierung von Schmerzen, Darstellung von Beschwerden) und der Zugehörigkeit der meisten Migranten zur sozialen Unterschicht.

Defizite der Versorgungssituation von Migranten in Deutschland werden in der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Forschung immer wieder konstatiert. Mit den vorliegenden Untersuchungsergebnissen sollen aktuelle, im klinischen Kontext erhobene Daten vorgelegt und damit ein Beitrag zum Schließen dieser Lücke geleistet werden.

### **6.2 Studiendesign**

Die nachfolgend dargestellten und diskutierten Resultate wurden im Rahmen des Public Health-Projekts zur ‚Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Patientinnen im Krankenhaus‘ gewonnen, welches auf den beiden gynäkologischen Stationen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Charité, Campus Virchow-Klinikum durchge-

führt wurde. Die Untersuchung wurde vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen 01 EG 9523/2). Projektlaufzeit war von Mai 1996 bis Juni 1999.

Deutsche und türkischstämmige Patientinnen der gynäkologischen Stationen wurden am Aufnahmetag und kurz vor ihrer Klinikentlassung mit einem zweiteiligen Patientinnenfragebogen-Set befragt, wobei zum großen Teil auf bereits standardisierte und validierte Untersuchungsinstrumente zurückgegriffen werden konnte, mit denen u. a. Daten zum soziodemographischen Hintergrund der Patientinnen, ihrem sozialen Umfeld und Integrationsgrad in die hiesige Gesellschaft, zur subjektiven Lebenszufriedenheit, psychischen Befindlichkeit, subjektiven Ursachentheorien bezüglich ihrer aktuellen Erkrankung, ihrem Wissen über Vorsorge, Anatomie und Funktionen der weiblichen Genitalorgane sowie zu Aspekten der Zufriedenheit der Patientinnen in der Klinik und zur ambulanten gynäkologischen Versorgung systematisch erfragt wurden.

In einem prä-/post-Vergleich wurden Erwartungen an die Klinik und die Zufriedenheit mit der tatsächliche Versorgung im Krankenhaus verglichen.

Bei der Patientinnenbefragung wurde insgesamt ein Rücklauf von ca. 95% der ausgegebenen Fragebögen und damit eine Stichprobengröße von insgesamt 582 Patientinnen erreicht, es nahmen 320 deutsche und 262 türkischstämmige Patientinnen an der Untersuchung teil.

### 6.3 Ergebnisse

Der Vergleich der **sozio-demographischen Daten** zeigt deutliche Unterschiede zwischen den beiden Studienkollektiven. Als Altersmedian ergab sich für die türkische Gruppe 30 Jahre, für die deutschen Patientinnen 41 Jahre. Diese Altersstruktur der befragten Patientinnen spiegelt die tatsächliche Bevölkerungsstruktur mit einem höheren Anteil jüngerer und einem geringeren Anteil älterer Frauen unter den Migrantinnen im Vergleich zur einheimischen deutschen Bevölkerung recht gut wider.

Der Bildungsgrad, gemessen an der Art des Schulabschlusses, ist in der befragten Stichprobe der Migrantinnen insgesamt niedriger als bei den befragten deutschen Frauen. (Es wurden sowohl deutsche als auch türkische Bildungsabschlüsse berücksichtigt.) 10% der befragten türkischen Patientinnen waren in ihrem Herkunftsland Türkei nie zur Schule gegangen.



Auch beim Erwerbsstatus zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den befragten einheimischen und den zugewanderten Patientinnen: 71% der Migrantinnen gegenüber 45% der Frauen in der deutschen Vergleichsgruppe waren nicht erwerbstätig, wobei im türkischen Kollektiv der Anteil der Hausfrauen relativ hoch war.

Die Wohnsituation unterscheidet sich ebenfalls: Die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen liegt bei den türkischen Patientinnen bei 3,4, bei den befragten deutschen Frauen bei 2,7 Personen (Mittelwert).

89% der befragten türkischen Patientinnen waren verheiratet, im deutschen Vergleichskollektiv waren es nur knapp 50%.

Die türkischen Patientinnen bewerteten ihre Wohnsituation, ihre Einkommenslage und ihre berufliche Situation ebenso wie ihre gesamte allgemeine Lebenssituation deutlich schlechter als die Frauen der deutschen Vergleichsgruppe. Zufriedener als die deutschen Patientinnen waren sie mit ihrer Gesundheit und vor allem mit ihrer familiären Situation.

Die Mehrheit der befragten Migrantinnen türkischer Herkunft läßt sich im Hinblick auf ihren **Akkulturationsgrad** im mittleren Spektrum einordnen. Die türkischen Frauen in der Migration bleiben also weder ‚türkisch‘, noch passen sie sich der umgebenden deutschen Mehrheitsgesellschaft völlig an. Bei den türkischstämmigen Migrantinnen besteht ein Zusammenhang zwischen ihrem Migrationsstatus und dem Akkulturationsgrad: 74% der türkischen Patientinnen der zweiten Migrationsgeneration, 32% der Frauen der ersten Migrationsgeneration und ca. 11% der neu nachgezogenen Ehefrauen waren der Kategorie ‚eher akkulturiert‘ zuzuordnen.

Etwa ein Drittel der befragten Türiinnen bewertete die eigenen **deutschen Sprachkenntnisse** mit gut und sehr gut, ein Drittel sprach nur wenig oder gar kein deutsch. Gute Sprachkenntnisse wiesen vor allem folgende Untergruppen im Untersuchungskollektiv auf: Alter < 30 Jahre, zweite Migrationsgeneration, Schulbildung in Deutschland, höherer Schulabschluß, mittlere und höhere Erwerbsgruppe, wobei diese verschiedenen Einflußfaktoren sich z. T. gegenseitig bedingen. Während der größte Teil der türkischen Patientinnen die türkischsprachige Version wählte, nutzten 39% der Migrantinnen den deutschsprachigen Fragebogen. Der Anteil der befragten türkischen Frauen, die die Fragen vermutlich auf Grund einer nur geringfügigen oder nicht vorhandenen Alphabetisierung nicht eigenständig beantworten konnten, betrug 32%.

Mit Hilfe eines multiple-choice-Fragebogens wurde der Umfang vorhandener **Kenntnisse** deutscher und türkischer Frauen z. B. **über spezifisch weibliche Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen und die Wechseljahre** (sog. Basiswissen) in Erfahrung gebracht und verglichen. In der Gruppe der türkischen Migrantinnen gab es jeweils signifikant weniger Frauen mit guten bzw. mittleren Kenntnissen zu den abgefragten Themen. Patientinnen türkischer Herkunft wählten auch wesentlich häufiger als die deutschen Frauen die Antwortmöglichkeit ‚weiß ich nicht‘. Der Anteil der Patientinnen mit geringen Kenntnissen über weibliche Körperfunktionen betrug in der türkischen Studiengruppe 62% gegenüber 15% bei den befragten deutschen Patientinnen. Auch Erkrankungsrisiken im Zusammenhang mit den Wechseljahren bzw. in der Menopause waren deutschen Frauen deutlich häufiger bekannt als den befragten türkischen Patientinnen.

Was die allgemeine Einschätzung der Lebensphase Klimakterium betrifft, so sahen die befragten deutschen Patientinnen deutlich häufiger das Älterwerden auch als eine Chance der Neuorientierung an. Für die türkischen Frauen spielte hingegen vor allem die nachlassende Leistungsfähigkeit in den Wechseljahre eine Rolle.

Für die Erfassung des **Patientinnenwissens vor und nach ärztlicher Aufklärung** wurden die Angaben der Patientinnen am Aufnahme- und Entlassungstag mit den ärztlich dokumentierten verglichen. Sowohl die Einweisungsdiagnose, also der Grund der Klinikaufnahme, als auch die geplante Behandlung waren den Migrantinnen zum Zeitpunkt der Einweisung seltener bekannt als den befragten deutschen Patientinnen.

Nach der Aufklärung in der Klinik wußten etwa zwei Drittel der Patientinnen türkischer Herkunft und über 83% der deutschen genau, welche therapeutischen Maßnahmen bei ihnen durchgeführt worden waren. Jedoch nur jede fünfte Patientin türkischer Herkunft konnte gar keine oder nur pauschale Angaben zur Behandlung machen, während nur 7% der deutschen Patientinnen die durchgeführten Therapiemaßnahmen nicht oder nur pauschal bezeichnen konnten. Vergleicht man den Informationsstand am Anfang und am Ende des stationären Aufenthalts, ist festzustellen, daß es in der türkischen Patientinnengruppe signifikant mehr Frauen gibt, die nach der Aufklärung und Information im Krankenhaus eher schlechter Bescheid wußten als bei der Klinikaufnahme.

Für die Erfassung der **subjektiven Krankheitstheorie** der Patientinnen wurde der Laientheoriefragebogen (LTFB) von Bischoff und Zenz (1990) benutzt. Bei einem

Vergleich der Ergebnisse deutscher und türkischer Subgruppen zeigte sich, daß Patientinnen türkischer Herkunft deutlich häufiger Erklärungen im Sinne der Kategorie ‚naturalistisch außen‘ (äußere Umstände wie Klima, Lärm u. ä.) für ihre Erkrankung vermuten, während die deutschen Frauen öfter Krankheitsursachen der Kategorie ‚naturalistisch innen‘ (eigene ‚innere‘ körperliche Verfassung, z. B. schwacher Kreislauf, geerbte Anfälligkeit) angaben. Magische Kräfte spielen in den Krankheitstheorien der türkischen Migrantinnen bei weitem nicht die oft in der Literatur postulierte Rolle. Bei den Kategorien ‚psychosozial – innen‘, ‚– außen‘ und ‚Gesundheitsverhalten‘ waren keine deutlichen Unterschiede zwischen den Untersuchungskollektiven nachweisbar.

Die Subgruppe der wenig akkulturierten, wenig deutschsprechenden Migrantinnen hat offenbar nur eine vage eigene Ursachenvorstellung oder eine oder mehrere völlig vom Fragebogen abweichende Krankheitstheorien, denn in keiner der fünf vorgegebenen Skalen ließen sich hohe Punktwerte nachweisen.

Die **subjektive Beeinträchtigung** der befragten Patientinnen **durch körperliche und psychische Symptome** wurde mit dem psychometrischen Fragebogen SCL-90-R untersucht. Zusammenfassend kann man sagen, daß beim Vergleich zwischen Frauen deutscher und türkischer Herkunft in der Gruppe der türkischstämmigen Patientinnen in den Einzelskalen als auch global eine höhere psychische Symptombelastung registriert wurde. (Diese bewegte sich jedoch innerhalb der Grenzen der Standardabweichung einer deutschen Normierungsstichprobe.) Außerdem stellten wir fest, daß es bei den meisten Skalen keine Unterschiede zwischen den Kollektiven der ‚mehr‘ oder ‚weniger‘ akkulturierten Patientinnen gibt. Für den Parameter Migrationsstatus ließen sich für die Skalen ‚Depressivität‘, ‚Ängstlichkeit‘, ‚Aggressivität‘, ‚phobische Angst‘ und ‚Psychotizismus‘ signifikante Unterschiede feststellen, wobei die relativ höchsten Werte die Frauen der zweiten türkischen Migrationsgeneration hatten, es folgten die Frauen der sog. ersten Migrationsgeneration, und die relativ niedrigsten Werte hatte die Gruppe der sog. nachgezogenen Ehefrauen türkischer Herkunft.

Zur Analyse der **Inanspruchnahme der gynäkologischen Notfallambulanz** durch nichtdeutsche Patientinnen wurde eine separate Untersuchung im Poliklinikbereich der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bzw. der Notfallambulanz im Virchow-Klinikum durchgeführt. Zusammenfassend kann man sagen, daß Migrantinnen diese Erste-Hilfe-Einrichtungen überproportional häufig aufsuchen und zwar – wahr-

scheinlich aus familiären und/oder sozialen Gründen – häufiger am Wochenende und in den späten Abendstunden. Das in der Notfallambulanz erfaßte Beschwerdenspektrum und der diagnostizierte Anteil psychosomatischer Krankheitsbilder ist bei deutschen und ausländischen Frauen in etwa gleich. Bei ausländischen Patientinnen wird weniger schriftlich dokumentiert. Spärliche oder keine Dokumentation kann als Ausdruck für einen unterschiedlichen Umgang mit ausländischen Patienten gesehen werden und ungleiche Versorgungsbedingungen kennzeichnen. Die ungenügende bzw. geringere Anamneseerhebung bei Ausländerinnen führt aber offenbar nicht zu Qualitätseinbußen bei Diagnose bzw. Therapie. Migrantinnen erhielten bei Schwangerschaftsbeschwerden tendenziell häufiger Medikamente verordnet als deutsche Patientinnen.

Als Kriterien für die Auswahl eines niedergelassenen **Frauenarztes für die ambulante Betreuung** war für die türkischstämmigen Frauen wie für die deutschen Patientinnen die Nähe der Praxis zur eigenen Wohnung wichtig, an zweiter Stelle wird die Empfehlung durch andere Frauen genannt. Nur 17% der deutschen und 4% der befragten türkischen Patientinnen gaben an, einen Arzt als Behandler zu bevorzugen. Zirka jeweils 40% der Frauen in beiden Befragungskollektiven wurden schon seit längerem durch den gleichen Arzt / die gleiche Ärztin betreut. Die türkischstämmigen Patientinnen hatten jedoch signifikant häufiger zwei oder mehrmals innerhalb der vergangenen fünf Jahre den Gynäkologen gewechselt.

Ein sehr häufig genannter Grund für einen Praxiswechsel ist sowohl bei den befragten türkischen wie den deutschen Frauen die Unzufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung durch den Frauenarzt. Für die von uns befragten deutschen Patientinnen rangierte der Aspekt ‚gute Kommunikation‘ auf Rang 1 unter den Zufriedenheitskriterien. Für die Türkinnen waren vor allem eine gewissermaßen ‚interkulturelle Ausrichtung‘ der Praxis und ‚fachliche Kompetenz‘ des niedergelassenen Arztes wichtig.

## **7      Schlußfolgerungen**

Aus unseren Untersuchungsergebnissen und unter Einbeziehung der in den letzten zwei Jahrzehnten insbesondere in der Bundesrepublik Deutschland veröffentlichten Arbeiten zum Thema ‚Migration und Gesundheit‘ kann man folgende Schlußfolgerungen ziehen:

1. Die Bundesrepublik Deutschland weist derzeit einen Ausländeranteil von ca. 9% auf. Die Anzahl der Zuwanderer an der Gesamtbevölkerung wird perspektivisch weiter zunehmen. Die Krankenhäuser und Praxen müssen sich strukturell an diese Situation anpassen. Provisorische ad hoc-Lösungen, wie z. B. beim Dolmetscher-Problem, müssen überwunden werden.
2. Bei der medizinischen Betreuung und Behandlung von Migrantinnen sollten die zumeist schlechtere sozio-ökonomischen Lage (niedrigeres Einkommen, schlechtere Wohnverhältnisse, ungünstigere Bildungsvoraussetzungen), die besondere Situation von Migranten im allgemeinen, die spezifischen Probleme im Akkulturationsprozeß und die schlechtere psychische Befindlichkeit beachtet werden.
3. Bei vielen Migrantinnen ist von relativ schlechten Basiskenntnissen über den eigenen Körper, dessen Funktionen u. ä. auszugehen. In Kombination mit z. T. schlechten sprachlichen Voraussetzungen sind bei der Aufklärung, Information und Beratung im medizinischen Betreuungs- und Behandlungsprozeß spezielle Maßnahmen notwendig, um dem Ziel einer größeren Patientenautonomie näherzukommen. Nur eine informierte Patientin wird in der Lage sein, im Dialog mit Arzt oder Schwester ein adäquater Partner zu sein. Daraus ergeben sich Aufgaben für zentrale Behörden wie das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

4. Die Durchsicht der vorliegenden Literatur zeigt, daß systematische Studien z. B. zur Analyse des Gesundheitszustandes der Migranten in der Bundesrepublik Deutschland fehlen. Auch Längsschnittuntersuchungen über die Auswirkungen des Akkulturationsprozesses auf die Gesundheit der Einwanderer stehen trotz einer bereits seit mindestens 40 Jahren bestehenden Zuwanderung größeren Ausmaßes nach Deutschland noch immer aus.
5. Es wird angeregt, in die Ausbildung des Pflegepersonals und der Hebammen, aber auch der Studenten der Medizin ethnisch-kulturelle Aspekte der Betreuung und Versorgung von Patienten ausländischer Herkunft verstärkt einzubeziehen.

## 8 Literaturverzeichnis

1. ACOG Committee Opinion Nr. 144 (November 1994): Sexuelle Übergriffe in der geburtshilflich-gynäkologischen Praxis: Ethik. Ref. von E. Schlicht in: Frauenarzt 41 (2000) 976-978
2. Ausländerbeauftragte des Senats von Berlin: Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik 1996/1997. Berlin 1998
3. Ayalan, S., P. Fischer, R. Naske: Verhaltensprobleme türkischer Gastarbeiterkinder in Wien. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 21 (1993) 226-232
4. Baader, G.: Türken, Juden, Polen. Probleme der Assimilation und Integration ethnischer Minderheiten in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert. In: Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? Hrsg. von H. Kentenich, P. Reeg, K.-H. Wehkamp. Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin 1984
5. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: Mitteilungen. Daten und Fakten zur Ausländersituation. Bonn/Berlin 1999
6. Becker, H.: Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. Psychotherap. Med. Psychol. 34 (1984) 313 - 321
7. Beckmann, M.W., Y. Werner, S.P. Renner, P.A. Fasching, D. Jap, B. Kuschel: Krebsfrüherkennung in der frauenärztlichen Praxis. Aktuelle Aspekte der wissenschaftlichen Diskussion. Gynäkologe 33 (2000) 474-482
8. Bengel, J., R. Strittmatter, H. Willmann : Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln 1998
9. Berg, G.: Subjektive Krankheitskonzepte - kommunikative Voraussetzungen für die Arzt-Patienten-Interaktion? In: Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Hrsg von M. David, Th. Borde, H. Kentenich, Mabuse, Frankfurt/M. 1998
10. Berg, G: Ausländische Frauen und Gesundheit. Migration und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt 38 ( 1995) 46-51
11. Birsl, U., S. Ottens, K. Sturhan: Männlich - Weiblich, Türkisch - Deutsch: Lebensverhältnisse und Orientierungen von Industriebeschäftigten. Leske + Budrich, Opladen 1999
12. Bischoff, C., H. Zenz: Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. H. Huber, Bern, Stuttgart, Toronto 1989
13. Blöchliger, C., J. Osterwalder, C. Hatz, M. Tanner, T. Junghanss: Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallstation. Soz. Präventivmed. 43 (1998) 39-48
14. Blöchliger, C., N. Ries, M. Gonon, L. Loutan, K. Mark, S. Vetterli, M. Tanner, C. Hatz, T. Junghanss: Asylsuchende und Flüchtlinge in der medizinischen Poliklinik: Ein Vergleich zwischen den Polikliniken Basel, Bern und Genf. Soz. Präventivmed. 43 (1998) 29-38
15. Bodden-Heidrich, R.: Psychosomatische Aspekte der operativen Gynäkologie. In: Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Hrsg. von M. Stauber, H. Kentenich u. D. Richter. Springer, Berlin, Heidelberg 1999

16. Böhnke, P.: Bildung und Kompetenzen. In: Datenreport 1999. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Schriftenreihe Bd. 365 der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2000
17. Boos-Nünning, U.: Migrationsforschung unter geschlechtsspezifischer Perspektive. In: Chancen und Risiken der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Hrsg. von E. Koch, M. Özek, W.M. Pfeiffer, R. Schepker. Lambertus, Freiburg i.Br. 1998
18. Borde, Th., M. David, H. Kentenich: Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Frauen im Krankenhaus. Schlußbericht. Eigendruck, Berlin 2000
19. Brähler E., H. Felder, I. Florin, B. Tuschen: Soziodemographischer Fragebogen SozioDat (West- und Ostversion). Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Leipzig 1993
20. Brezinka Ch., O. Huter, G., Busch, S. Unus: Kommunikation, Compliance und perinatale Risiken bei türkischen Frauen in Tirol. Geburtsh. Frauenheilk. 49 (1989) 472-476
21. Brucks, U., E. von Salisch, W.-B. Wahl: Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. EBV-Rissen, Hamburg 1987
22. Bulmahn, Th., R. Habich: Subjektives Wohlbefinden und Einstellungen. In: Datenreport 1997. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Schriftenreihe Bd. 340 der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 1997
23. Bulmahn, Th.: Globalmaße des subjektiven Wohlbefindens. In: Datenreport 1999. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. vom Statistischen Bundesamt. Schriftenreihe Bd. 365 der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2000
24. Carballo, M., J. Divino, D. Zeric: Migration and Health in the European Union. Tropical medicine and international Health 12 (1998) 936-944
25. Christeiner, S.: Frauen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit. Subjektive Befindlichkeitseinschätzungen und Ursachen Attribuierungen von Laien. Kleine, Bielefeld 1999
26. Cicek, H.: Psychische und psychosomatische Störungen unter besonderer Berücksichtigung psychosexueller Störungen bei Arbeitsmigranten aus der Türkei. VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1989
27. Cleary, P.D., S. Edgman-Levitan, M. Roberts, T.W. Moloney, W. McMullen, J.D. Walker, T.L. Delbanco: Patient evaluate hospital care:A national survey. Health affairs, Winter 1991, 254-267
28. Collatz, J., A. Brandt, R. Salman, S. Timme (Hrsg.): Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung. EBV Rissen, Hamburg 1992.
29. Collatz, J., G.C. Fischer: Krankheit, Kranksein und häufige Erkrankungsverläufe. In: Erkrankungen bei Immigranten. Diagnostik, Therapie, Begutachtung. Hrsg. von G.-D. Burchard. G. Fischer, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm 1998



30. Collatz, J.: Lebensbedingungen und Gesundheit von Migranten und Migrantinnen. 2. Fachtagung „Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft“. (Internet-Version), Stiftung Deutsches Hygienemuseum, Dresden 1999
31. Collatz, J.: Zur Realität von Krankheit und Krankheitsversorgung von Migranten in Deutschland. In: Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd 23, Argument, Hamburg 1994
32. Crane, J A.: Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. J. Emergency Medicine 15 (1997) 1-7
33. Cropley, A.J., F. Lütke: Psychologische Aspekte der Adaptation von Zuwanderern In: Probleme der Zuwanderung. Band 1. Herausgegeben von A. J. Cropley, H. Rudat, D. Dehn, S. Lucassen. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, Stuttgart 1994
34. Csitkovics, M., A. Eder, H. Matuschek: Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien. Dokumentationsreihe des WHO-Projekts Wien - Gesunde Stadt, Nr. 12, Dezember 1997
35. Dag, I.: Belirti tarama listesi (scl-90-r) 'nin üniversite öğrencileri için güvenirligi ve gecerligi. Türk. Psikiyatri Dergisi 2 (1991) 5-11
36. Dalyan, M., A. Güner, S. Tuncer, A. Bilgic, T. Arasil: Disability in ankylosing spondylitis. Disability and Rehabilitation 21 (1999) 74-79
37. David, M., A. Ebert, H. Kentenich: Die Anamnese In: Gynäkologischer Untersuchungskurs. Ein Leitfaden für Studenten. Hrsg. von. A. Ebert und H.K. Weitzel. W.de Gruyter, Berlin 1997.
38. David, M., G.M. Pette, H. Kentenich: Unterschiedliche Inanspruchnahme einer gynäkologischen Notfallambulanz durch deutsche Patientinnen und Migrantinnen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde 58 (1998) 319-323
39. Debong, B., M. Andreas, G. Siegmund-Schultze.: Aufklärung ausländischer Patienten nur noch unter Hinzuziehung eines Dolmetschers? Die Schwester/Der Pfleger 29 (1990) 532
40. Derogatis, L.R., L. Covi, R.S. Lipman, D. M. Davis, K. Rickels Social class and races as mediator variables in neurotic symptomatology. Archives of General Psychiatry 25 (1977) 31-40
41. Derogatis, L.R: SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for R(evised) Version. Johns Hopkins University School of Medicine (Eigendruck) 1977
42. Deutsche Krebsgesellschaft: Information. Info. Onkologie. 3 (2000) 236
43. Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1997
44. Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: Daten und Fakten zur Ausländersituation. Bonn 1999.
45. Ebert-Hampel, B., C. Hölzle: Wissen und Befinden von Patientinnen vor und nach dem präoperativen Aufklärungsgespräch am Beispiel von gynäkologischen Eingriffen. Geburtsh. Frauenheilk. 43 (1983) 746-754.

46. Effmert, U. : Wissen von Frauen über die Besonderheiten ihres Körpers unter Beachtung der gynäkologischen Anamnese. Inauguraldissertation, Universität Leipzig, Leipzig 2000
47. Eichler, M.: Non-sexist research methods. A practical guide. Routledge, New York, London 1991
48. Engelhardt, K.: Kranke im Krankenhaus. Thieme, Stuttgart 1973.
49. Erbil, P., D. Razavi, C. Farvacques, N. Bilge, M. Paesmans, P. Van Houtte: Cancer patients psychological adjustment and perception of illness: cultural differences between Belgium and Turkey. Support Care Cancer 4 (1996) 455-461
50. Eryilmaz, A., M. Jamin (Hrsg.): Fremde Heimat. Eine Geschichte der Einwanderung aus der Türkei. Klartext, Essen 1998
51. Escobedo F., L. Gonzales-Gil, M. Salarichs, A. Manzano, I. Lopez, J.A. Martin, C. Albaladejo: Evaluacion de las urgencias hospitalarias desde un area basica de salud (ABS). Aten Primaria 19 (1997) 169-175
52. Ete, E.: Ethnomedizinische und transkulturelle Aspekte bei türkischstämmigen psychisch kranken Patienten in einer Schwerpunktpraxis. In: Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Hrsg. Th. Heise, VWB Wissenschaft und Bildung, Berlin 2000
53. Faller, H.: Subjektive Krankheitstheorien: ihre praktische Relevanz für die psychosoziale Versorgung somatisch Kranker. curare 14 (1991) 53-602
54. Flick, U. : Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Hrsg. von U. Flick, Juventa, Weinheim und München 1998
55. Follmer, R.: Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen. In: Qualität nachgefragt. Hrsg. von der AOK Hessen. Bad Homburg 1999
56. Franke, G.H.: Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-List (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. Diagnostica 38 (1992) 160-167
57. Franke, G.H.: Handbuch zur Symptom-Check-Liste: SCL 90-R. Institut für Medizinische Psychologie Universitätsklinikum, Essen 1994
58. Franke, G.H.: Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der Symptom-Checkliste SCL-90-R. In: Zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie, Hrsg. von H. Vogel. 2000 (in press)
59. Franz, K., K. Hansen: Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht. 2. erw. Aufl. H. Marseille, München 1997.
60. Frick, J., G. Wagner: Zur sozio-ökonomischen Lage von Zuwanderern in West-Deutschland (Tabellenanhang). SOEP - Sozio-ökonomisches Panel 1995. Diskussionspapier Nr. 140 des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, Berlin 1996
61. Frigessi Castelnuevo, D., M. Risso: Emigration und Nostalgia: Sozialgeschichte, Theorie und Mythos psychischer Krankheit von Auswanderern. Cooperative, Frankfurt am Main 1986
62. Frogner, E.: Probleme der Migrationssoziologie aus der Lebenslaufperspektive. In: In: Probleme der Zuwanderung. Band 1. Herausgegeben von A. J. Cropley, H. Rudat, D. Dehn, S. Lucassen. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, Stuttgart 1994

63. Garden, A. L., A.F. Merry et al.: Anaesthesia information - what patients want to know. *Anaesth. Intens. Care* 24 (1996) 594-598.
64. Gartner, D.: Die psychosoziale Situation von Patientinnen der Frauenheilkunde im Krankenhaus. Teil B. Eine Vergleichsstudie zu differentiellen Aspekten des Erlebens von Patientinnen in der Gynäkologie. Diplomarbeit, Salzburg 1996.
65. Gille, G.: Von der besonderen Problemlage zum besonderen Aufklärungsbedarf von Frauen. *Frauenarzt* (1997)
66. Glaser, B.G., A.L. Strauss: The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. Aldine, New York 1967
67. Görtz, V.: Physische und psychische Erkrankungen bei Arbeitsmigranten in der BRD. Ein soziologischer Erklärungsversuch. Verlag Andreas Müller, Gelsenkirchen 1986
68. Günay, E., A. Haag: Gesundheitsprobleme türkischer Frauen aus psychosomatischer Sicht. *Hamburger Ärzteblatt* 47 (1993) 4, 115-119
69. Günay, E., A. Haag: Krankheit in der Emigration - Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. *PPMP Psychother. Psychosom. Med. Psychol* 40 (1990) 417-422
70. Gunkel, St., St. Priebe: Psychische Beschwerden nach Migration: Ein Vergleich verschiedener Gruppen von Zuwanderern in Berlin. *PPMP Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 42 (1992) 414-423
71. Häfner, H., G. Moschel, M. Özek: Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. *Nervenarzt* 48 (1977) 268-275
72. Hahn, P.: Soziologie der Migration. Lucius & Lucius. Stuttgart 2000
73. Haisch, J., R. Weitkunat, M. Wildner (Hrsg.): Wörterbuch Public Health. H. Huber, Ber, Göttingen, Toronto, Seattle 1999
74. Hampel, K.E.: Aufklärung des Patienten aus der Sicht des Arztes. In: Haftpflichtfragen im ärztlichen Alltag. Hrsg. von W. Heim, Deutscher Ärzteverlag, Köln 1980
75. Hansen, G.: Integration und Segregation. In: Ethnische Minderheiten in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Lexikon. Hrsg. von C. Schmalz-Jacobsen und G. Hansen. C.H.Beck, München 1995
76. Hasen, Ch., O. Yagdiran, R. Maß, M. Lampert, M. Krausz: Erhöhte Schizophrenierate bei türkischen Migranten: Hinweise für Fehldiagnosen? In: Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Hrsg. von Th. Heise, VWB Wissenschaft und Bildung, Berlin 2000
77. Haug, S., E. Pichler: Soziale Netzwerke und Transnationalität. Neue Ansätze für die historische Migrationsforschung. In: 50 Jahre Bundesrepublik - 50 Jahre Einwanderung. Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte. Hrsg. von J. Motte, R. Ohlinger, A. von Oswald. Campus, Frankfurt, New York 1999
78. Heinemann, H.: Migration und öffentliche Gesundheit - besser spät als nie. In: Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Hrsg. von Th. Heise. VWB Wissenschaft u. Bildung, Berlin 2000
79. Hessel, A., M. Geyer, J. Schumacher, E. Brähler: Symptomcheckliste SCL-90-R: Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* (2001) 47, in press

80. Hill, P.B.: Kulturelle Inkonsistenz und Streß bei der zweiten Generation. In: Generation und Identität. Theoretische und empirische Beiträge zur Migrationssoziologie. Hrsg. von H. Esser und J. Friedrichs. Westdeutscher Verlag, Opladen 1990
81. Hinze, L., K. Tomaszewski, A. Merfert: Der Umgang mit den Wechseljahren - Ergebnisse einer bevölkerungsbezogenen Studie in der Stadt Magdeburg. In: Freiräume und Zwänge. Tagungsbeiträge des IX. Symposiums der Ostdeutschen Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg. von C. Dietrich u. M. David. Akademos, Hamburg 1999, 141-158
82. Huismann, A., C. Weilandt, A. Geiger (Hrsg.): Country reports on migration and health in europe, Bonn 1997
83. Hunter, M.S.: Predictors of menopausal symptoms: psychosocial aspects. *Baillieres Clinical Endocrinology Metabolism* (1993) 33-45
84. Jordan, E.: Forschungsdefizite und methodologische Schwierigkeiten. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Herausgegeben von J. Gardemann, W. Müller, A. Remmers. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (Berichte und Materialien Band 17), Düsseldorf 2000
85. Katz, C.: Schriftliche und mündliche Aufklärung vor Operationen. Untersuchungen zur präoperativen Stufenaufklärung nach Weißauer. In: Laienkommunikation. Vertikalitätsuntersuchungen zu medizinischen Experten-Laien-Kommunikationen. Hrsg. von A. Busch. Peter Lang, Frankfurt/Main 1994, S. 154-158.
86. Kellenhauser, E., S. Schewior-Popp: Ausländische Patienten besser verstehen. Thieme, Stuttgart, New York 1999
87. Kennedy, B.J., A. Lillehaugen.: Patient recall of informed consent. *Medical and Pediatric Oncology* 7 (1979) 173-178.
88. Kirpinar, I.: Erzurum yetistirme yurdunda kalan genclerde ruhsal belirti dagilimi. *Türk. Psikiyatri Dergisi* 3(1992) 265-268
89. Klonoff, E.A., H. Landrine: Culture and gender diversity in commonsense beliefs about the causes of six illnesses. *Journal of Behavioral Medicine* 17 (1994) 407 - 418
90. Koch, K.: Hormonersatz-Therapie. Rechnung mit Unbekannten. *Deutsches Ärzteblatt* 97 (2000) B 1823 -1824
91. Koh, K.B.: Perceived stress, psychopathology, and family support in korean immigrants and nonimmigrants. *Yonsei Med. J.* 39 (1998) 214-221
92. Koen, E. : Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland: Ein Vergleich. *Curare (Sonderband Krankheit und Migration)* 9 (1986) 129-136
93. Kohlmann, Th.: Erhebungsinstrumente. Mindestanforderungen an Untersuchungs-Designs und - Methoden. In: Experten Fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele (Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Band 12). Hrsg. von Th. M. Ruprecht. Asgard, Sankt Augustin 1998
94. Krämer, A., L. Prüfer-Krämer, J. Tshiang, Ch. Stock: Gesundheitssurvey bei ausländischen Studierenden an der Universität Bielefeld. In: Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Hrsg. von U. Sonntag, S. Gräser, Ch. Stock, A. Krämer. Juventa, 2000

95. Kuhl, H., H.D. Taubert: Ethnologische und anthropologische Gesichtspunkte. In: Das Klimakterium. Pathophysiologie Klinik, Therapie. Hrsg. Kuhl H, Taubert HD. Stuttgart-New York: Thieme 1987; 8-12
96. Kürsat-Ahlers, E.: Migration als psychischer Prozess. In: Migration- Frauen- Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Hrsg. von M. David, Th. Borde, H. Kentenich. Mabuse, Frankfurt/M. 2000
97. Lavery, J.F., V.A. Clarke: Causal attributions, coping strategies, and adjustment to breast cancer. *Cancer Nurs.* 19(1996) 20-28
98. Layzell, S., R. England: What do Turkish-speaking women want to know about sexual health ? A study to inform the production of Turkish language information leaflets. *Health Education Journal* 58 (1999) 130-138
99. Lechner, I., A. Mielck: Die Verkleinerung des Healthy - Migrant - Effekts: Morbidity ausländischer und deutscher Befragter des sozioökonomischen Panels 1984 - 1992. *Gesundheitswesen* 60 (1998) A 65 - A 66
100. Lederer, H.W., R. Rau, St. Rühl: Migrationsbericht 1999. Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland. Europäisches Forum für Migrationsstudien (efms), Bonn 1999
101. Leist, R., K. Schanzer, A. Grigelat, F. Jänicke, H. Graeff: Subjektive Krankheitstheorie und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung durch Patientinnen mit Brustkrebs. *Geburtsh. Frauenheilk.* 58 (1998) 27-32
102. Leyer, E.M.: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Westdeutscher Verlag, Opladen 1991
103. Lock, M.: Menopause: Lessons from anthropology. *Psychosomatic Medicine* 60 (1998) 410-419
104. Maletzke, G.: Interkulturelle Kommunikation zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Westdeutscher Verlag, Opladen 1996
105. Malone, R.E.: Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Soc. Sci. Med.* 40 (1995) 469-477
106. Maschewsky-Schneider, U., J. Fuchs: Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können. In: Migration- Frauen- Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Hrsg. M. David, Th. Borde, H. Kentenich. Mabuse, Frankfurt/M. 2000
107. Masumbuku, J.R.: Psychosoziale Probleme von Aussiedlern in der Bundesrepublik Deutschland: In: Probleme der Zuwanderung, Band 1. Herausgegeben von A. J. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn, S. Lucassen. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, Stuttgart 1994
108. Mattes, M.: Zum Verhältnis von Migration und Geschlecht. Anwerbung und Beschäftigung von "Gastarbeiterinnen" in der Bundesrepublik 1960-1973. In: J. Motte, Rainer Ohliger, Anne von Oswald (Hrsg.): 50 Jahre Bundesrepublik - 50 Jahre Einwanderung. Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte. Campus, Frankfurt, New York 1999
109. Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen, Techniken, 2. Aufl. Deutscher Studienverlag, Weinheim 1983

110. Mehrländer, U., C. Ascheberg, J. Ueltzhöffer: Repräsentativuntersuchung '95: Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1996
111. Meyer, R.: Culture based medicine. Landessitten und Therapierichtlinien. Dt. Ärztebl. 96 (2000) B-2292
112. Merkle, E.: Gynäkologie im Umbruch. In: Brevier der Menopausenbehandlung. Hrsg. von F.K. Beller und dem Berufverband der Frauenärzte e.V. Pro-Verlag, Hofstetten 1998; 29-47
113. Mih, E.: Libido nach der Menopause bei deutschen und türkischen Frauen - eine Bestandsaufnahme und Vergleich. Inauguraldissertation. Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin 1999
114. Motte, J., R. Ohliger, A. von Oswald: 50 Jahre Bundesrepublik - 50 Jahre Einwanderung. In: 50 Jahre Bundesrepublik - 50 Jahre Einwanderung. Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte. Hrsg. von J. Motte, R. Ohliger, A. von Oswald. Campus, Frankfurt, New York 1999
115. Münz, R., W. Seifert, R. Ulrich: Zuwanderung nach Deutschland. Strukturen, Wirkungen, Perspektiven. Campus, Frankfurt/M., New York 1997
116. Muthny, F.A.: Forschung zur Krankheitsverarbeitung und psychosomatische Anwendungsmöglichkeiten. Deutsches Ärzteblatt 91 (1994) 45, B2282-2290
117. Naumann, F.: Kommunikationsprobleme beim Aufeinandertreffen von Kulturen. In: Migration. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik. Band 4. Kleine, Bielefeld 1993
118. Chronologie der türkischen Zuwanderung seit 1955. In: Fremde Heimat. Eine Geschichte der Einwanderung aus der Türkei. Klartext Verlag Essen 1998, S. 391 ff
119. Oksaar, E.: „Alles Verhalten ist Kommunikation...“ Deutsches Ärzteblatt 92 (1995) A3045 - 3047
120. Ostermann, B.: „Wer versteht mich?“: Der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin und High-Tech.. Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/ M 1990.
121. Otman, A.: Arbeitsmigration. In: Handbuch Migration. Hrsg. von der Deutschen AIDS-Hilfe, Berlin 1998
122. Özcan, E.: Die türkische Minderheit. In: Ethnische Minderheiten in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Lexikon. Hrsg. von Cornelia Schmalz-Jacobsen und Georg Hansen. Verlag C.H. Beck, München 1995
123. Özelsel, M.: Gesundheit und Migration: Eine psychologisch - empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und in der Türkei. Profil, München 1999
124. Padgett, D.K., B. Brodsky: Psychosozial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. Soc. Sci. Med. 35 (1992) 1189-1197
125. Payer, L.: Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Frankfurt a.M. 1989
126. Pérez-Moreno, J.A., M.D. Pérez-Cárceles, E. Osuna, A. Luna: Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. Rev. Esp. Anestesiología. Reanim. 45 (1998) 130-135.

127. Petersen, A.: Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir ? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. *curare* 18 (1995) 531-540
128. Petersen L.A., H.R: Burstin, A.C. O'Neil, T.A. Brennan: Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 36 (1998) 1249-1255
129. Pette, G.M.: Subjektives und faktisches Patientenwissen vor und nach ärztlicher Aufklärung im Krankenhaus: Ein Vergleich bei türkischen und deutschen Patientinnen in der Gynäkologie. Inauguraldissertation, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin 2000
130. Pette, G.M.: Untersuchung des Zusammenhanges zwischen ärztlichem Handeln und ethnischer Zugehörigkeit von Patientinnen in der gynäkologischen Notfallversorgung eines Berliner Krankenhauses. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Public Health/ Gesundheitswissenschaften an der Technischen Universität Berlin 1997
131. Pfeiffer, W.M.: Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Thieme, Stuttgart, New York 1994
132. Pöchhacker, F.: Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Dokumentationsreihe des WHO-Projekts Wien-Gesunde Stadt. Dokumentationsband Nr. 12
133. Prüfer-Krämer, L., A. Krämer: Gesundheit von Migranten in Deutschland. *Public Health Forum* 29 (2000) 24-25
134. Rabe, Th., H.G. Bender, K. Diedrich, G. Bastert, R. Kreienberg, Th. v. Holst, A. Malter, K.-D. Schulz: Gemeinsame Stellungnahme zu ‚Östrogene und Krebsrisiko in Deutschland‘. *Frauenarzt* 41 (2000) 1129-1134
135. Raspe, H.: Aufklärung und Information im Krankenhaus: Medizinsoziologische Untersuchungen. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1983.
136. Razum, O., H. Zeeb, H.S. Akgün, S. Yilmaz: Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Trop. Med. Int. Health.* 3 (1998) 297-303
137. Rehbein, J.: Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation. *Curare* 9 (1986) 297-328.
138. Resch, K.-L.: Kulturelle Faktoren können förderlich sein. (Leserbrief) *Dt. Ärztebl.* 97 (2000) B-7
139. Rief, W., M. Greitmeyer, M. M. Fichter: Die Symptom Check List SCL-90 R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica* 37 (1991 ) 58-65
140. Ries, L.A.G. et al: The annual report to the nation on the status of cancer 1973 - 1997. with a special section on colorectal cancer. *Cancer* 88 (2000) 2398 - 2424
141. Rispler-Chaim, V.: Doctor-patient relations. In: *Islamic medical ethics in the twentieth century.* E.J. Brill, Leiden, New York, Köln 1993
142. Röring, R.: Die Wechseljahre - ein Kulturphänomen. *Z. Allg. Med.* 70 (1994) 417-420
143. Rösler, E.M., H. Wilken: Die Wechseljahre - eine sozial-psychologische Interpretation. *Zentralbl Gynäkol* 113 (1991) 1096-1099

144. Rozenberg, S., C. Felleman, M. Kroll, J. Vandromme: The Menopause in Europe. *Int. J. Fertil.* 45 (2000) 182-189
145. Sachverständigenkommission: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Sechster Familienbericht. Bericht der Sachverständigenkommission. Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin 2000
146. Salis Gross, C., M. Sabioni: Migration und Schmerz. Ritualtheoretische und krisentheoretische Aspekte bei der Behandlung von Schmerzpatienten in der Migration. *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin* 26 (1997) 36-44
147. Satzinger, W.: Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In: Experten Fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele (Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Band 12). Hrsg. von Th. M. Ruprecht. Asgard, Sankt Augustin 1998
148. Schepker, R.: Institutionen auf dem Weg zu integrierten muttersprachlichen Versorgungsangeboten: Die andere Seite der Inanspruchnahme Barriere. In: Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Hrsg. von Th. Heise. VWB Wissenschaft und Bildung, Berlin 2000
149. Schepker, R., M. Toker, A. Eberding: Eine Institution in der psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien - praxisrelevante Ergebnisse des Projekts „Familiäre Bewältigungsstrategien“. In: Migration, gesellschaftliche Differenzierung und Bildung: Resultate der Forschungsschwerpunktprogramms FABER. Hrsg. von I. Gogolin u. B. Nauck. Leske + Budrich, Obladen 2000
150. Schindele, E.: Übergänge im Frauenleben - Medikalisierung und Stigmatisierung durch die westliche Medizin. *curare - Sonderband Frauen und Gesundheit - Women & Health* 11(1997) 263-268
151. Schlömer-Doll, U., D. Doll: Patienten mit Krebs. Information und emotionale Unterstützung. *Dt. Ärztebl.* 97 (2000) A 3076-3081
152. Schmacke, N.: Migration und Gesundheit: Die Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Herausgegeben von J. Gardemann, W. Müller, A. Remmers. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (Berichte und Materialien Band 17), Düsseldorf 2000
153. Schuth, W.: Subjektive Ätiologievorsellungen gynäkologischer Patientinnen. Eine Erkundungsstudie. Habilitationsschrift. Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Freiburg 1991
154. Schwalm, D. : Der Böse Blick rund ums Mittelmeer - Ausdruck von Neid und Missgunst. In: Krank warum? Vorstellungen der Völker, Heiler, Mediziner. Hrsg. von F.B. Keller. Cantz, Ostfildern 1996, S. 211-218.6.
155. Sen, F., A. Goldberg: Türken in Deutschland. Leben zwischen zwei Kulturen. Beck, München 1994
156. Sen, F: Die Situation türkischer Migranten heute. In: Fremde Heimat. Eine Geschichte der Einwanderung aus der Türkei. Klartext Verlag Essen 1998
157. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin: Jahresgesundheitsbericht 1998/99. Hrsg vom Referat Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme, Berlin 2000



158. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin: Jahresgesundheitsbericht 1996. Hrsg vom Referat Gesundheits- und Sozialstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme, Berlin 1997
159. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung: Bevölkerungsprognose für Berlin 1998-2015. [www.sensut.berlin.de/sensut/entwicklung/prognose/ergebnis\\_stadt.shtml](http://www.sensut.berlin.de/sensut/entwicklung/prognose/ergebnis_stadt.shtml) (Januar 2001)
160. Sensky, T.: Causal attributions in physical illness. *J. Psychosomatic Res.* 43 (1997) 565-573
161. Seyfert, W.: Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik: Lebensbedingungen und soziale Lage. In: *Wie Migranten leben. Lebensbedingungen und soziale Lage der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik*. Herausgegeben von W. Seyfert. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin 1995
162. Siegrist, J.: *Medizinische Soziologie*. 5. Auflage. München, Wien, Baltimore 1995.
163. Snyder, D.N., G.L. Pauk et al.: Selected factors in physician communication with hospital out-patient. *Clinical Research* 22 (1974) 24 A
164. Spellerberg, A.: Zufriedenheit in Lebensbereichen. In: *Datenreport 1997. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Hrsg. vom Statistischen Bundesamt. Schriftenreihe Bd. 340 der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 1997
165. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): *Datenreport 1997. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 1997.
166. Straßburger, G.: Eheschließungen der türkischen Bevölkerung in Deutschland. *Migration und Bevölkerung* 6 (1999) 1
167. Strauß, B., H. Appelt, H., S. Haack: Die Bedeutung des ärztlichen Aufklärungsgesprächs für Angstreduktion und Wissenszuwachs: Eine empirische Untersuchung bei Patientinnen mit Descensus uteri. *Psychother. med. Psychol.* 34 (1984) 246-251
168. Sturdee, D.W.: Clinical symptoms of estrogen deficiency. *Curr. Obstet. Gynecol.* 7 (1997) 190-196
169. Sulmasy, D. P., L.S. Lehmann, D.M. Levine, R.R. Faden: Patients perceptions of the quality of informed consent for common medical procedures. *J. Clin. Ethics* 5 (1994) 189-194
170. Theilen, I.: Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik Deutschland: Versuch einer ganzheitlichen Therapie als Beitrag zur transkulturellen Therapie. In: *Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung*. Hrsg. von J. Collatz, A. Brandt, R. Salman, S. Timme. EBV Hamburg 1992
171. Tilkeridoy, F.: Integration von Migranten in der Gesundheitsversorgung. 3. bundesweiter Kongreß ‚Armut und Gesundheit‘, unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Berlin 1997
172. Tilli, K.: Psychosomatische Erkrankungen türkischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Ätiologische Konzepte türkischer Frauen und ihre Bedeutung für die Arzt-Patient-Beziehung. In: *Sozio-psycho-somatik. Gesellschaftliche Entwicklungen und psychosomatische Medizin*. Hrsg. von W. Söllner, W. Wsiack, B. Wurm, Springer, Berlin, Heidelberg 1989, S. 222-228

173. Türk Tabibleri Birliği [Ärztchammer der Türkei] (Hrsg.): DIE (1994) ‚Istatistik Göstergeler 1923 – 1992‘. In: Türkiye Saglik Istatistikleri [Türkische Gesundheitsstatistik] Ankara 1997
174. Tufan, B.: Migration von Arbeitsnehmern aus der Türkei (Prozesse der Migration und Remigration). In: Chancen und Risiken der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Hrsg. von E. Koch, M. Özek, W.M. Pfeiffer, R. Schepker. Lambertus, Freiburg i.Br. 1998
175. Verres, R.: Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1986
176. Voit, J., D. Kaya-Heinlein: Migranten - Erfolge bei spezialisierten Angeboten. (Leserbrief) Dt. Ärzteblatt 97 (2000) B 1078
177. Wagenbichler, P., B. Wimmer-Puchinger (Projektleitung): Evaluation der Weissauer Merkblätter: Eine quantitative und qualitative Studie über das Informationsbedürfnis von Patientinnen als Konsumentinnen bei Operationen in Gynäkologie und Geburtshilfe als Grundlage für eine verbesserte Patientinneninformationsstrategie (Endbericht). Eigenverlag, Wien 1997
178. Wagner, M., I. Marreel: Ergebnisse der Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen ÄrztInnen. In: Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Hrsg. von M. David, Th. Borde, H. Kentenich, Mabuse, Frankfurt a.M. 2000
179. Wasem, J.: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Janssen-Cilag GmbH, Eigenverlag, Neuss 1999
180. Weber, I., M. Abel, L. Altenhof, K. Bäcker, B. Berghoff, K.E. Bergmann, G. Flatten, D. Klein, W. Micheelis, P.J. Müller: Zur gesundheitlichen Lage der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Nomos, Baden-Baden 1990
181. Weber, I.: Patienten als Ko-Produzenten. Deutsches Ärzteblatt 96 (1999) 10, B-466
182. Wehen, R.: Ärztliche Aufklärung - Bestandteil ärztlicher Behandlung. Sonderprobleme im Überblick: Ausländer. Marburger Bund - Ärztliche Nachrichten 52 (1999) 4
183. Weig, W.: Migration und seelische Gesundheit. IMES-Beiträge 8 (1998) 31-44
184. Wiezoreck, M., H.J. Diesfeld: Kulturelle Einflüsse auf Erkrankungen bei Immigranten. In: Erkrankungen bei Immigranten. Diagnostik, Therapie, Begutachtung. Hrsg. von G.D. Burchard. G. Fischer, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm 1998
185. Wimmer, H., J.M. Pelikan, H. Strotzka: Informationsbedürfnisse und Informiertheit von Patienten im Krankenhaus, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Wien 1982.
186. Wimmer-Puchinger, B.: Ambulanzerhebung im Auftrag der Stadt Wien, Ludwig-Boltzmann-Institut/ Insitut für Gesundheitspsychologie der Frau. Unveröffentlichtes Arbeitspapier.
187. Wimmer-Puchinger, B.: Erwartungen an die Geburtshilfe aus der Sicht der Frauen. Gynäkol. Geburtshilfliche Rundsch. 34 (1994) 117-122

188. Wolf, H.: Die psychosoziale Situation von Patientinnen der Frauenheilkunde im Krankenhaus. Teil A. Eine Vergleichsstudie zu differentiellen Aspekten des Erlebens von Patientinnen in der Gynäkologie. Diplomarbeit, Salzburg 1996.
189. Yüksel, E.: Psychosomatisches Betreuungskonzept steriler türkischer Paare in der Migration. Inauguraldissertation, Humboldt-Universität zu Berlin, 1998
190. Zeiler, J., F. Zarifoglu: Psychische Störungen bei Migranten: Behandlung und Prävention. Zeitschrift für Sozialreform 4 (1997) 300-335
191. Zenz, H., C. Bischoff, J. Fritz, W. Duvenhorst, K. Keller: Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt. In: Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Hrsg. von C. Bischoff u. H. Zenz. H. Huber, Bern, Stuttgart, Toronto 1989
192. Zenz, H., C. Bischoff: Lientheoriefragebogen, Testheft und Handanweisung. Universität Ulm, Abteilung Medizinische Psychologie. Eigenverlag, Ulm 1990
193. Zimmermann, E.: Erkrankungen von Migrantenkindern. In: Kiesel et al. (Hrsg.): Bittersüße Herkunft. Haag & Herchen, Frankfurt/ M. 1995.
194. Zimmermann, E.: Inkompatibilität von Krankheitskonzepten und transkulturellem Mißverständnis. Curare (Sonderband Krankheit und Migration) 9 (1986) 149-154
195. Zimmermann, E.: Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. H. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000
196. Zink, A., J. Korporal (Hrsg.): Schwangerschaft und medizinische Betreuung: Vorsorge und Behandlung durch Kassenärzte im Vergleich deutscher und ausländischer Frauen. W. de Gruyter, Berlin 1985

## 9 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem langjährigen Mentor und wissenschaftlichen Vorbild Prof. Dr. med. Heribert Kentenich, der mich nicht nur für die Thematik ‚Migration und Gesundheit‘ interessiert hat, sondern meine Forschungstätigkeit auch intensiv und stets motivierend über viele Jahre begleitet und gefördert hat. Für die zahlreichen gemeinsamen Diskussionen, die vielen Anregungen und kreativen Hinweise habe ich ihm herzlich zu danken.

Meinem Chef, Prof. Dr. med. Werner Lichtenegger, danke ich für seine Unterstützung und wohlwollend-kritische Anteilnahme.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei Frau Dipl. Pol. Theda Borde, M.P.H., und Herrn Dr. med. Götz Matthias Pette, M.P.H, die beide maßgeblich an der Datenerhebung beteiligt waren. Insbesondere ohne das stete Engagement, die Kreativität und den überdurchschnittlichen Fleiß von Frau Borde wäre die Durchführung und Auswertung der Public-Health-Studie zur Analyse der Versorgungssituation türkischstämmiger Frauen im Krankenhaus, die die Grundlage der vorliegenden Arbeit bildet, nicht möglich gewesen.

Herrn Dipl.phys. Jürgen Pachaly danke ich sehr für die wichtige statistische Datenauswertung und die gelegentliche Hilfestellung bei der Interpretation der Ergebnisse.

Für die Durchführung von Schreibarbeiten danke ich Frau Müller, Frau Puchalski und besonders Herrn Conti.

Aus dem Kreise meiner Familie möchte ich besonders meinem Onkel, Prof. Dr. med. Heinz David, für wichtige Ratschläge und kritisches Korrekturlesen sowie meinem Bruder Peter David für die oft mühselige Literaturbeschaffung danken.

Und nicht zuletzt danke ich meiner Frau Verena David für ihre Geduld und für die Freiräume, die sie mir für meine wissenschaftliche Tätigkeit in den letzten Jahren und für die Erstellung der vorliegenden Arbeit in den vergangenen Monaten gelassen hat.

## 10 Anhang

### 10.1 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AGG	Aggressivität (Skala des SCL-90-R)
ÄNG	Ängstlichkeit (Skala des SCL-90-R)
DEP	Depressivität (Skala des SCL-90-R)
DIE	Devlet İstatistik Enstitüsü (Staatliches statistisches Institut der Türkei)
entspr.	entspricht
ges v	Gesundheitsverhalten (Skala des LTFB)
gyn.	gynäkologisch
GSI	Global severity index des SCL-90-R
k.S.	keine Signifikanz / kein signifikanter Unterschied
LTFB	Laientheorie-Fragebogen
nat a	naturalistisch außen (Skala des LTFB)
nat i	naturalistisch innen (Skala des LTFB)
PAR	Paranoides Denken (Skala des SCL-90-R)
PHO	Phobische Angst (Skala des SCL-90-R)
PSY	Psychotizismus (Skala des SCL-90-R)
psy a	psychosozial außen (Skala des LTFB)
psy i	psychosozial innen (Skala des LTFB)
SCL-90-R	Symptom check list - 90 items - revised (Fragebogen)
sdev	Standardabweichung
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SOM	Somatisierung (Skala des SCL-90-R)
Soziodat	Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SW-Störungen	Schwangerschaftsstörungen
Tab.	Tabelle
T-Wert	Transformationswert
UNS	Unsicherheit im sozialen Kontakt (Skala des SCL-90-R)
vs.	versus
ZWA	Zwanghaftigkeit (Skala des SCL-90-R)

**10.2 Eidesstattliche Versicherung**  
gemäß Habilitationsordnung der Charité

Hiermit erkläre ich, daß

keine staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren anhängig sind,

weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde bzw. welchen Ausgang ein durchgeführtes Habilitationsverfahren hatte;

die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfaßt, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen wurden, sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftlern und technischen Hilfskräften und die Literatur vollständig angegeben sind,

der Bewerberin oder dem Bewerber die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

25.10.2001

Datum

Dr. M. David

Unterschrift